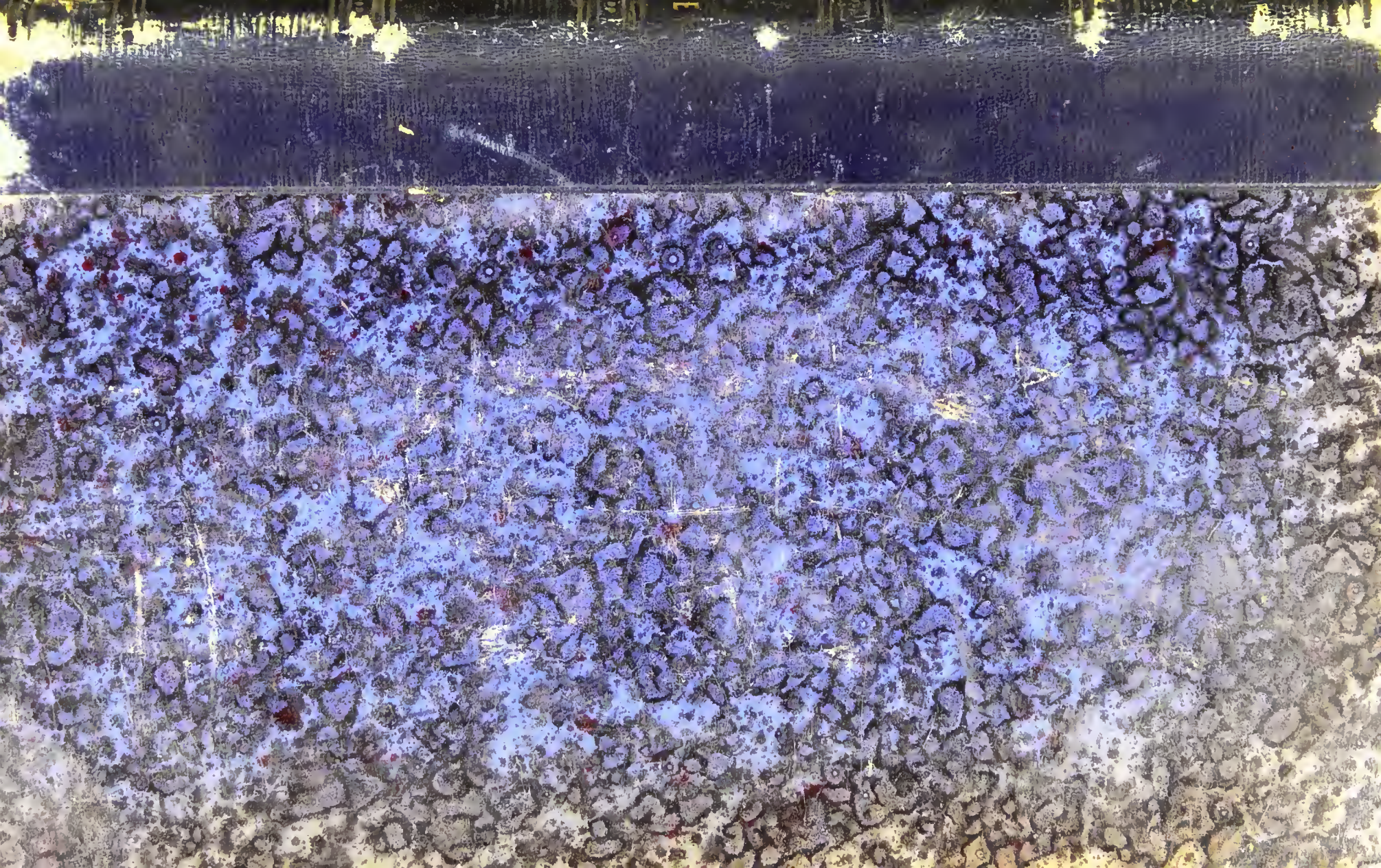

22101786144

A xxxm r

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b20413841_001

2099
2 vol

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

CONTENANT LE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE CHAQUE MALADIE

I.

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Dr P. JOUSSET.

De la Trachéotomie dans le traitement du croup (*Arch. gén. de méd.*, août 1844).

Des formes de la folie (*Arch. gén. de méd.*, 1845).

Du Cancer (thèse inaugurale, Paris, 1846).

Les Phénomènes locaux de l'inflammation (thèse de concours de l'agrégation, Paris, 1847).

Réponse aux lettres de M. Manec sur l'homœopathie (*Art médical*, 1856, et tirage à part).

Histoire de l'inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau, considérée comme lésion du délire fébrile (*Art médical*, 1856).

Des Effets produits chez l'homme et chez les animaux par le sulfure de carbone (*Art médical*, 1856).

Des Injections iodées ; de leur mode d'action et de leurs indications ; mémoire couronné par les Sociétés médicales de Gand et de Bordeaux) *Art médical*, 1857, et tirage à part).

Des Inhalations du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1857).

Du Suicide et de la Monomanie dusuicide; étude sur l'extravagance naturelle et l'extravagance morbide (*Art médical*, 1858, et tirage à part).

Des indications et des contre-indications de la trachéotomie dans le traitement du croup (*Art médical*, 1859).

Du meilleur Mode d'administration du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes (*Art médical*, 1861).

Congestion cérébrale apoplectiforme (*Art médical*, 1861, et tirage à part).

De l'Expectation et du traitement homœopathique dans la pneumonie (*Art médical*, 1862, et tirage à part).

Des formes et du traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1863).

Des formes et du traitement de l'hystérie (*Art médical*, 1864).

De l'Aliénation et de la Folie (*Art médical*, 1865, et tirage à part).

Conférences publiques sur l'homœopathie (*Art médical*, 1867, et tirage à part).

Eléments de pathologie et thérapeutique générales, 1875, 1 vol. in-8°, librairie J.-B. Baillère et fils.

Leçons de clinique médicale professées à l'hôpital homœopathique Saint-Jacques. 1 vol. in-8°, librairie J.-B. Baillière et fils.

Paris. — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

CONTENANT LE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE CHAQUE MALADIE

PAR

LE Dr P. JOUSSET

Médecin de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris,
Professeur libre de clinique et de pathologie interne,
Ancien président de la Société homœopathique de France,
Membre de plusieurs Sociétés savantes,
Ancien interne-lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

Seconde édition revue et corrigée.

TOME PREMIER

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près le boulev. St-Germain.

Londres : Baillière, Tindall and Cox. | Madrid : C. Bailly-Baillière.

1877

Tous droits réservés.

11275

M17575

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call No.	WB930
	1877
	J81e

PRÉFACE

L'accueil bienveillant fait à nos *Éléments de médecine pratique* et l'écoulement rapide de la première édition nous ont engagé à donner tous nos soins à celle-ci. *Succès oblige;* nous n'avons rien négligé pour rendre notre œuvre moins imparfaite. C'est le développement des leçons faites par J.-P. Tessier à l'École pratique et à l'Hôtel-Dieu. Nous avons conservé le cadre nosologique et la méthode d'exposition de notre maître; ses travaux ultérieurs et ceux de ses élèves : les Drs Champeaux, Davasse, Dufresne, Frédault, Gabalda, Hélot, Imbert-Gourbeyre, Milcent, Ozanam, ont été mis à contribution pour la description des maladies; enfin nous avons tenu à mettre ce livre au courant de la science en empruntant à l'anatomie pathologique, à l'histologie et à la physiologie pathologique moderne, leurs conclusions réellement pratiques.

Ces *Éléments* de médecine pratique contiennent non-seulement l'histoire de toutes les *espèces morbides*, mais encore la description des *formes* que renferme chaque espèce. Après une description qui établit la physionomie de chaque maladie et permet d'asseoir le *diagnostic* et le *pronostic*, nous avons donné aussi complètement que possible le *traitement homœopathique* de chaque espèce et de chaque forme. Pour la partie thérapeutique, nous nous sommes servi : en premier lieu de la matière médicale de Hahnemann, puis des livres des Dres Teste, Espanet, Jahr, Richard Hughes, des journaux homœopathiques et de la collection clinique du Dr Roth. Nous avons distingué avec soin les médicaments que des observations suffisantes ou

notre propre expérience nous permettaient de recommander comme ayant une action certaine de ceux qui sont indiqués seulement par la matière médicale pure.

Tenant un compte exact des critiques bienveillantes qui nous ont été adressées, nous avons considérablement étendu la *partie thérapeutique*. Dans la première édition, nous nous étions bornés à énumérer les médicaments indiqués dans le traitement d'une maladie ; dans celle-ci, nous avons toujours donné les indications qui doivent guider le médecin dans le choix des médicaments. Nous avons profité largement des travaux si pratiques dus aux médecins anglais et américains et nous n'avons rien négligé pour que la partie thérapeutique de notre livre soit tout à fait au courant de la science contemporaine.

La partie pathologique a subi de nombreuses corrections et seulement un petit nombre d'augmentation. Tout le chapitre des affections cérébro-spinales a été refait. Cette refonte était rendu nécessaire par les travaux récents sur les affections du tissu nerveux, travaux qui ont répandu une grande lumière sur un point de la pathologie jusque-là si obscur.

La définition et la classification des *Névroses* ont été complètement remaniées, et nous croyons avoir réussi à conserver une classe de maladies qu'il serait bien difficile de rémplacer, en tenant cependant un compte légitime des découvertes de l'anatomie pathologique.

L'histoire des *inflammations interstitielles du rein* (sclérose du rein), qui jette une si vive lumière sur les groupes d'affection, réunis sous la dénomination de maladie de Brigth, formera un chapitre à part dans cette nouvelle édition.

La description des *affections de la peau* et des *yeux*, trop restreinte dans la première édition, a été suffisamment étendue pour que le praticien trouve dans notre livre tous

les renseignements nécessaires au diagnostic et au traitement d'affections qu'il a si souvent l'occasion de soigner.

Des *Éléments de médecine pratique* devant réunir toutes les connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine, nous avons donné le *manuel opératoire* des opérations que le médecin se trouve obligé de pratiquer d'urgence : tamponnement, trachéotomie, etc., etc. Nous avons aussi donné des renseignements suffisants pour les indications de l'*électricité*, de l'*hydrothérapie* et des *eaux minérales*. Nous avons enfin, dans un court résumé, exposé les moyens propres à combattre les *asphyxies* et les *empoisonnements*.

Resté fidèle à notre titre, nous avons omis complètement la partie *historique* des maladies, et nous n'avons emprunté à l'*étiologie* et à l'*anatomie pathologique* que les connaissances qui ont un rapport direct avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies.

Nous rappelons aux étudiants que le cadre de ce livre ne nous permettait pas de *discussion*. Ils trouveront donc ici un *enseignement* purement *dogmatique*. Nous avons fait pour eux le travail critique, et nous n'avons affirmé que les faits bien démontrés, laissant avec un point d'interrogation ceux qui ne sont pas encore suffisamment étudiés.

Dans un livre élémentaire, il faut rechercher avant tout la rigueur et la sobriété de l'expression. Nous avons tâché d'être fidèle à ce programme, et il y a telle affection dont la description ne tient qu'une page dans notre livre, et qui cependant résume plusieurs mémoires spéciaux.

Ce livre a une double utilité : il met un terme au plagiat organisé contre J.-P. Tessier et son École, et donne aux médecins de bonne volonté la facilité d'étudier et de pratiquer l'homœopathie sans passer par l'aridité et les tâtonnements que nous avons été obligé de traverser. Hartmann n'est plus à la hauteur de la science contemporaine, Jahr

est un résumé de matières médicales plutôt qu'une nosographie.

Nous avons voulu réunir sous une forme aussi restreinte que possible toutes les connaissances pathologiques et thérapeutiques qui sont nécessaires à la pratique de la médecine, et nous espérons que l'acceuil qui sera fait à cette seconde édition nous prouvera que nous avons réussi.

P. Jousset.

Août 1877.

PLAN DU LIVRE.

J'ai adopté pour ces *éléments de médecine pratique* la classification des maladies déjà indiquée dans ma *pathologie générale.*

La première classe contient l'histoire des *maladies constitutionnelles* caractérisées par la multiplicité des produits morbides et la multiplicité de leur siége. — La seconde classe est consacrée à la description des *diathèses,* maladies caractérisées par l'unité du produit morbide et la multiplicité du siége. — Dans la troisième classe, le lecteur trouvera l'histoire des *cachexies,* classe fort importante, caractérisée comme les maladies constitutionnelles, par la multiplicité des produits morbides et de leur siége, mais présentant de plus que ces dernières, un état manifestement cachectique caractérisé par la tendance aux hémorrhagies, aux hydropisies et à la gangrène dès le début de la maladie. — Après les cachexies, viennent les *fièvres*. Cette classe se subdivise elle-même très-naturellement en *fièvres éruptives*, *fièvres continues* et *fièvres intermittentes.* — Dans la cinquième classe nous avons réuni les *maladies pestilentielles*, caractérisées par la contagion, l'épidémicité et une extrême gravité. — Notre sixième classe, *maladies fébriles et contagieuses propres à tous les pays*, contient des maladies que tous les nosologistes ont renoncé à classer parce qu'elles tiennent à la fois des maladies pestilentielles, des fièvres et des phlegmasies. La diphthérie, l'érysipèle sont les types de cette classe. — Vient ensuite la classe si importante des *névroses* dont nous avons remanié la définition pour la mettre en rapport avec les progrès de l'anatomie pathologique. C'est notre septième classe. — La huitième classe, sous les noms de *maladies des âges*, contient l'histoire des souffrances développées à l'occasion des grands changements physiologiques connus sous le nom d'*âges* : naissance, dentition, puberté, ménopause. — La neuvième classe est consacrée à la description des *maladies communiquées* des animaux à l'homme, rage, morve, etc.,

— La dixième classe comprend les *maladies parasitaires* : parasites végétaux et animaux. — Dans la onzième classe nous avons donné l'histoire médicale des *empoisonnements* subdivisés en trois classes : poisons animaux ou vénins, poisons végétaux, poisons minéraux. — La douzième classe contient l'histoire des *asphyxiés*.

Après toutes les maladies qui ont pour caractères communs d'atteindre la généralité des organes et des fonctions, viennent non pas les *maladies locales*, mais les *maladies localisées*, pour lesquelles nous avons adopté l'ordre anatomique. Le treizième chapitre comprend donc *maladies et affections de l'encéphale*; la quatorzième, *maladies et affections de la moelle épinière ;* la quinzième, *affections des nerfs ;* la seizième, *maladies et affections des organes de la digestion ;* la dix-septième, *maladies et affections des voies respiratoires ;* la dix-huitième, *maladies et affections des appareils de la circulation ;* la dix-neuvième, *maladies et affections des voies urinaires ;* la vingtième, *maladies et affections des organes génitaux de l'homme et de la femme ;* la vingt et unième, *maladies et affections du tissu cellulaire ;* la vingt-deuxième, *maladies et affections du tissu musculaire ;* la vingt-troisième, *maladies et affections du squelette, articulations et os ;* la vingt-quatrième, *maladies et affections de la peau ;* la vingt-cinquième, *maladies et affections des oreilles ;* la vingt-sixième enfin, *maladies et affections des yeux*.

Pour la description de chaque maladie, j'ai adopté la méthode naturelle, c'est-à-dire, la division de chaque espèce en *formes* et en *variétés*, quand il y a lieu, puis la description des phénomènes morbides, dans l'ordre qui leur appartient. Je me suis attaché à tracer des tableaux saisissants et vrais, qui restent dans la mémoire, et ne permettent pas de méconnaître la maladie.

Mais c'est surtout le côté thérapeutique qui a été développé dans ce livre, où j'ai réuni et condensé tout ce que j'ai trouvé de vraiment pratique, dans les nombreuses *matières médicales* que nous possédons.

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

PROLÉGOMÈNES

La médecine a pour but l'étude des *états morbides* et leur *guérison*.

La médecine est à la fois une *science* et un *art*. La partie purement scientifique est celle qui a trait à la connaissance des causes et à l'histoire naturelle des maladies ; l'application de ces connaissances au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique constitue un art véritable. A proprement parler, la médecine est donc une science appliquée, une *science pratique*.

Un *état morbide* est, d'une manière générale, tout état contre nature de l'homme. Les anciens avaient divisé les états morbides en quatre classes : la *cause*, ou la maladie en puissance ; la *maladie*, le *symptôme*, la *lésion*.

Cette distinction sert encore de base à la classification des connaissances médicales qui comprennent : l'*étiologie*, ou étude des causes ; la *nosologie* et la *nosographie*, classification et histoire naturelle des maladies ; la *séméiotique*, étude des symptômes et *anatomie pathologique*, étude des lésions. En ajoutant la *thérapeutique*, la *pathologie générale* et l'*hygiène*, on a l'ensemble de toutes les connaissances médicales.

La *maladie* est un état de l'organisme vivant, caractérisé par un ensemble de symptômes et de lésions soumis à une évolution déterminée, et constituant un tout distinct de tout autre état morbide.

Les *maladies* ne sont point des *êtres ;* cependant nous disons qu'elles constituent des *espèces*, parce qu'elles se comportent comme si effectivement elles étaient des espèces : c'est-à-dire que les maladies sont identiques à elles-mêmes dans le *temps* et dans l'*espace* comme les espèces animales ; ainsi la *pneumonie*, le *cancer*, sont ce qu'ils étaient du temps d'Hippocrate et se reconnaissent aux mêmes signes dans toutes les parties du monde.

Il résulte de cette notion : premièrement que *les maladies ne se transforment pas les unes dans les autres,* qu'une pneumonie ne devient pas une fièvre typhoïde, par exemple ; secondement, que, *le plus souvent*, *les maladies s'excluent les unes les autres*, et n'existent pas simultanément chez le même sujet, surtout quand elles sont d'espèces voisines.

Les *symptômes* et les *lésions* sont les troubles fonctionnels et les désordres organiques qui accompagnent les maladies.

Les symptômes et les lésions reçoivent de la maladie à laquelle ils appartiennent un caractère propre. Ce cachet spécial imprimé au symptôme permet de le transformer en signe et de remonter du symptôme à la maladie. C'est sur cette propriété du symptôme qu'est fondée la *séméiotique* et l'art du *diagnostic*. Exemples : les éruptions cutanées reçoivent des maladies dans lesquelles on les observe un caractère spécial qui permet de diagnostiquer une rougeole, une scarlatine, une syphilis.

Les symptômes se divisent comme les fonctions, et les lésions comme les organes.

Les causes des maladies se divisent en deux catégories principales : la *cause interne*, qui est la véritable cause, celle sans laquelle la maladie ne pourraît pas être, et les *causes externes* ; ce sont toutes les circonstances qui favorisent le développement de la maladie.

La cause interne est la *prédisposition définie ;* c'est la maladie en puissance, et, par comparaison, la maladie en germe.

Les autres causes font passer la maladie de l'*état de puissance* à l'*état d'acte*. Pour continuer la comparaison, elles font éclore le germe comme la chaleur et l'humidité font germer la graine ;

elles ne suffisent pas à engendrer la maladie, pas plus que la chaleur et l'humidité ne suffisent à faire naître du blé en l'absence d'une semence ; mais elles ont une action plus ou moins considérable sur le développement de la maladie ; quelques-unes même de ces causes sont absolument nécessaires pour que la prédisposition entre en acte ; l'inoculation dans la syphilis, par exemple. Ces causes ont été subdivisées en *prédisposantes*, celles qui demandent un temps fort long pour agir : l'hérédité, les climats, le régime ; *occasionnelles*, celles qui sont véritablement l'occasion et la circonstance déterminante du développement de la maladie, comme un refroidissement, un excès, etc. ; *déterminantes*, celles qui sont nécessaires au développement de la maladie : la contagion, l'inoculation, etc.

Un certain nombre de maladies sont *transmissibles* : les unes par *contact* et *inoculation*, les autres par les émanations qui s'exhalent des malades ou de leur *excreta*, quelques-uns par tous ces modes réunis.

Un grand nombre de médecins regardent les *causes externes* comme capables de produire les maladies. Le froid, le chaud et les autres circonstances analogues seraient la cause des maladies non contagieuses : pneumonie, pleurésie, rhumatisme, etc. ; des *virus*, des *germes*; des *spores* répandus dans l'air, des *miasmes*, des *poisons morbides*, seraient la cause des maladies contagieuses, qu'on a encore appelées *spécifiques*. Ces dernières causes sont de *pures hypothèses*, et, comme il est impossible d'en démontrer l'existence et d'en décrire les caractères, elles ne peuvent être conservées dans une science positive.

L'observation directe prouve que les *causes externes*, même les liquides inoculables comme celui de la syphilis et de la rage, sont incapables de produire la maladie par elle-même, puisqu'il y a des organismes qui résistent complètement à l'inoculation. Quant aux autres causes externes, elles ne sont évidemment que des *occasions*. Si le froid, par exemple, agit sur une réunion d'hommes, il déterminera les maladies les plus diverses, et non une seule maladie, ce qui aurait lieu si le froid était une cause réelle et véritable de maladie. Il faut donc que la maladie

soit en puissance dans l'organisme pour que la *cause externe* puisse la développer,

La *thérapeutique* comprend l'étude des *médicaments* et l'étude des *indications*.

Les médicaments sont ou bien des substances minérales, végétales et animales, ou bien un ensemble de moyens constituant des médications, comme l'hydrothérapie, l'électricité et la chirurgie; les *indications*, sont des rapports de convenance établis entre un agent thérapeutique et un état morbide déterminé.

Les médicaments doivent être étudiés dans leurs propriétés physiques et chimiques, et surtout dans leurs effets sur l'homme sain; l'action sur les animaux peut servir à compléter cette étude: l'école homœopathique a institué sur une très-large échelle l'étude des médicaments sur l'homme sain, elle a constitué ainsi des *pathogénésies* qui composent la *matière médicale pure* ou *expérimentale*.

Les *indications* sont régies par deux lois : *contraria contrariis* et *similia similibus*.

Contraria contrariis est la loi des indications dans la thérapeutique ancienne; elle s'adresse à la cause prochaine de la maladie et elle a la prétention de détruire cette cause par son contraire, c'est une *thérapeutique étiologique;* elle a pour axiome : *Sublata causa, tollitur effectus*. Cette loi s'applique merveilleusement bien aux maladies de *cause externe*, c'est la *thérapeutique chirurgicale*. Une cause externe a ouvert un vaisseau, il y a hémorrhagie : vous supprimez l'ouverture à l'aide d'une ligature, l'hémorrhagie s'arrête; *sublata causa, tollitur effectus*. Une anse intestinale s'est échappée par le canal inguinal et s'étrangle : le taxis réduit l'intestin et les accidents cessent; *sublata causa, tollitur effectus*... Cette loi des contraires s'applique encore à un certain nombre d'*accidents* dans le cours des maladies de *cause interne :* la trachéotomie dans le croup, la thoracentèse dans la pleurésie, l'ouverture de l'abcès dans le phlegmon. Ces opérations suppriment la *cause* qui produit l'*accident* et s'appliquent en vertu du *contraria contrariis;* il en est de même des *parasiticides* dans les maladies *parasitaires*, etc.

Mais dans les maladies de *cause interne*, c'est-à-dire dans celles qui composent ce qu'on appelle en style barbare la *pathologie interne*, la loi des contraires ne peut plus s'appliquer parce que la cause prochaine n'a jamais pu être séparée de la maladie ; elle nous échappe et nous sommes dans l'impossibilité de trouver son *contraire*. Les *galénistes*, pour éviter cette difficulté et appliquer le *contraria contrariis*, attribuaient aux maladies des *causes hypothétiques* et aux médicaments *des vertus* non moins *hypothétiques*.

Les maladies étaient causées par l'altération des quatre humeurs : sang, bile, atrabile et phlegme, et les médicaments évacuaient ou corrigeaient les humeurs peccantes. Toutes les théories humoristes reposent sur cette base ; or, la découverte de la circulation du sang et les progrès de la physiologie ont ruiné cette doctrine thérapeutique qui compte cependant encore un grand nombre de partisans plus ou moins inconscients.

Le *similia similibus* s'adresse aux symptômes et non à la cause ; il peut donc s'appliquer en dehors de toute hypothèse. La matière médicale expérimentale donne la connaissance des symptômes produits par le médicament sur l'homme sain ; la nosographie expose les symptômes produits sur l'homme malade ; la loi de similitude précise l'application du médicament ; la thérapeutique homœopathique repose donc entièrement sur des bases positives et expérimentales.

Mais la matière médicale est encore fort incomplète, et il y a des maladies qui résistent à l'action des médicaments connus, employés suivant la loi de similitude. L'*empirisme* est alors la seule méthode applicable : c'est elle qui règle l'emploi de l'électricité, de l'hydrothérapie, des eaux minérales et des médications nouvelles, inconnues ou mal étudiées. C'est un pis aller qui tient encore malheureusement une place trop considérable en thérapeutique.

Enfin, il y a des maladies incurables ; le médecin doit se rappeler alors que, quand il ne peut pas guérir, il doit s'efforcer de soulager. C'est le but de la *médication palliative*.

A la thérapeutique homœopathique se rattache une question toute particulière, celle de l'*action des doses infinitésimales*.

Hahnemann posa en principe que, les médicaments indiqués par la loi de similitude agissant dans le sens de la maladie, il fallait donner des doses extrêmement réduites ; puis, se basant sur une idée systématique, il établit une échelle posologique à dose décroissante, dont chaque degré était fourni par la division par 100 ; c'est ce qu'on appelle les *dilutions centésimales*. La première dilution s'obtient en mélangeant intimement par le broiement pour les solides, par des succussions pour des liquides, 5 centigrammes de la substance médicamenteuse avec 5 grammes de sucre de lait ou d'alcool. Dans cette première dilution, le médicament est au 100e. Pour la seconde dilution, on prend 5 centigrammes de la première dilution qu'on mélange à 5 grammes de sucre ou d'alcool ; dans la seconde dilution, le médicament est au 10,000e. La troisième dilution se fait de la même manière, et le médicament est au millionième ; on poursuit ainsi jusqu'à la 30e dilution, dans laquelle le médicament atteint une division considérable.

Quelques homœopathes ont poussé les dilutions jusqu'à 100, 200, 500, 1500 et au delà. D'autres, au contraire, emploient de préférence les basses *dilutions décimales*, c'est-à-dire que la décroissance est marquée par une division par 10 ; ainsi, dans la première dilution décimale, le médicament est au 10e ; dans la deuxième, au 100e ; dans la troisième, au 1000e ; etc.

Pour les dilutions élevées, on emploie le plus souvent des globules ; ce sont de petits granules du sucre de lait, gros comme des graines de choux et qui sont imbibés avec la dilution.

On a cherché à donner des règles fixes pour le choix des doses ; mais cette question est bien loin d'être résolue. Suivant nous, les doses doivent varier avec les médicaments et avec les maladies ; exemple : le sulfate de quinine agit mieux à dose massive dans la fièvre intermittente, il agit mieux en globules dans la surdité et les affections du cœur ; le mercure agit mieux à dose massive dans la syphilis ; il agit mieux en dilution dans la dysentérie et l'angine. Dans la syphilis, si le mercure agit mieux à dose massive, l'acide nitrique agit mieux à

la 30e dilution qu'en nature. Dans la fièvre intermittente, où le sulfate de quinine agit mieux à dose massive qu'en globules, l'arsenic, la noix vomique agissent mieux en globules qu'à doses massives.

Nous serons donc obligé, à propos de chaque maladie, d'indiquer la dose qui nous semble la meilleure ; seulement, pour éviter des répétitions inutiles, nous donnerons, une fois pour toutes, le *mode habituel d'administration :*

Nous préparons nos potions avec 6 globules ou 3 gouttes de dilution, ou 20 centigrammes de trituration pour 200 grammes (ou 12 cuillerées) d'eau. Dans les maladies aiguës, nous donnons 1 cuillerée toutes les deux ou trois heures, suivant l'intensité des symptômes. Nous arrivons à toutes les quatre heures, quand il y a du mieux. Pour les maladies chroniques, nous donnons 2 ou 3 cuillerées par jour, et nous laissons, en général, entre chaque potion, autant de jours de repos qu'il y a de jours de médicaments. Il y a encore bien d'autres modes d'administrer les médicaments, mais nous les indiquerons à propos de chaque cas particulier.

PREMIÈRE CLASSE

MALADIES CONSTITUTIONNELLES

On appelle ainsi une classe de maladies caractérisées par la multiplicité des produits morbides et la multiplicité de leur siége. Cette classe comprend la *goutte*, le *rhumatisme*, les *hémorrhoïdes*, la *scrofule*, la *syphilis* et la *dartre*.

Chacune de ces maladies est constituée par un grand nombre d'affections dont la description se retrouvera plus naturellement quand nous examinerons les maladies par organe. Nous ferons donc ici l'histoire générale de la maladie et de ses formes, de manière à montrer bien nettement la figure de chacune d'elles, et nous reviendrons plus tard sur les affections locales.

CHAPITRE PREMIER

GOUTTE

La goutte est une maladie constitutionnelle caractérisée par des congestions, des inflammations, des névroses à siége multiple, et principalement par la production de l'acide urique en excès. On peut ajouter à cette définition que c'est une maladie à marche chronique et périodique.

La goutte est une maladie très-commune. Ses caractères principaux, bien faciles à saisir, ont permis de l'isoler et de la constituer en *espèces* dès l'enfance de la médecine, où elle reçut le nom de *podagre*. C'est au moyen âge (1270) que Radulfe introduisit le nom de *goutte*. Il a fallu l'action dissolvante de l'organicisme moderne pour réduire l'histoire de cette maladie à celle de l'*arthrite*, et amener la confusion de la goutte et du rhumatisme. J.-P. Tessier, en 1843, dans ses cours publics, et Gabalda, en 1848, dans sa thèse inaugurale, réta-

blirent la tradition sur ce point de nosologie, et aujourd'hui l'histoire de la goutte est entièrement reconstituée.

Si nous ne consentons pas à confondre avec Bazin la goutte et les rhumatismes sous le nom d'*arthritis* c'est que nous considérons le *rhumatisme articulaire aigu* comme une espèce distincte, mais nous reconnaissons que les douleurs musculaires et les arthrites chroniques que beaucoup de médecins décorent encore aujourd'hui du titre de *rhumatisme* doivent être rapportées à la goutte. Nous donnerons les raisons de cette opinion en faisant l'histoire de la goutte et celle du rhumatisme.

Comme toutes les maladies constitutionnelles la goutte a une évolution qui embrasse toute la vie des malades. Dans l'enfance les épistaxis, les affections cutanées et quelquefois la pierre. Vers l'âge adulte les migraines, les gastralgies, les névralgies diverses s'ajoutent aux épistaxis et aux dartres. Les arthrites ne débutent guère que dans l'âge adulte, alors apparaissent les dyspepsies. Un peu plus tard règnent les coliques hépatiques, la gravelle et toutes ses complications. Vers l'âge de 50 ans, les migraines disparaissent et sont remplacées par les catarrhes, l'asthme, les affections du cœur, la cataracte, l'athérome artériel, la sclérose du rein.

Ici, comme dans la scrofule, nous ne pouvons indiquer que l'ordre général de successions des affections morbides sans pouvoir tenir compte des exceptions et des irrégularités. Mais ce que le médecin doit retenir s'il veut comprendre quelque chose à la médecine pratique, c'est que la goutte, loin d'être une arthrite, se compose comme la scrofule et la syphilis d'un grand nombre d'*affections* qui évoluent dans un certain ordre chez les malades.

Division. — La goutte se présente sous six formes bien distinctes : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme chronique d'emblée*, *forme anomale*, *forme larvée*, *forme noueuse*.

FORME COMMUNE. — Ainsi appelée parce que c'est la plus complète et celle qui sert de type pour la description de la maladie. Elle est caractérisée par la succession de trois périodes : *aiguë*, *chronique* et *cachectique*.

La goutte n'éclate guère que dans l'âge adulte; mais dès l'enfance on observe déjà chez les personnes prédisposées des gastralgies, des dypepsies et des hémorrhagies nasales.

1re *période.* — *Aiguë.* Le premier accès se présente sous deux aspects différents, suivant qu'il est ou *mono* ou *poly-articulaire.* La première variété est celle dont Sydenham nous a laissé une description devenue classique. Seulement on a trop oublié que cette description n'était que l'observation d'un cas particulier présenté avec un certain pittoresque.

Le premier accès de goutte est habituellement précédé d'anorexie, de dyspepsie, de troubles du sommeil, avec un sentiment de courbature, des sueurs faciles et des urines très-sédimenteuses ; un prodrome plus caractéristique est l'existence d'une petite douleur dans le gros orteil, douleur que le malade attribue habituellement à une chaussure trop étroite, ou à un faux pas. Presque toujours l'accès débute au milieu de la nuit, le malade s'est couché bien portant, et vers les deux heures du matin, au chant du coq, dit Sydenham, il est réveillée par une douleur violente dans le gros orteil. Cette douleur, qui acquiert rapidement son plus haut degré d'intensité, reste constamment limitée à l'articulation métatarso-phalangienne : elle est brûlante et térébrante : les malades s'agitent, poussent des plaintes et de véritables cris; il compare la douleur à celle qui serait produite par la pression d'un étau, ou la dislocation de la jointure malade; le moindre attouchement, le mouvement, même celui communiqué à la maison par l'ébranlement que causent les grosses voitures, aggravent considérablement la douleur. La peau qui recouvre l'articulation malade commence à rougir et à enfler dès le début des douleurs.

Cet état local s'accompagne d'une grande anxiété et d'un véritable mouvement fébrile, marqués au début par un froid avec tremblement partant de la partie malade, auquel succède rapidement une chaleur brûlante avec pouls grand et fréquent, une soif intense et des urines très-sédimenteuses. Vers le matin il y a une rémission très-marquée, la fièvre tombe, la douleur diminue considérablement, mais la jointure reste rouge et gonflée.

Vers le soir, la fièvre et la douleur reparaissent le plus souvent, mais c'est toujours vers le milieu de la nuit que la douleur devient plus intense, et que l'accès atteint son *summum*.

Les accès se répètent ainsi pendant plusieurs jours, mais vont chaque fois en diminuant, et l'attaque de goutte se termine habituellement le quatrième jour. La rougeur et le gonflement disparaissent; il survient une véritable desquamation accompagnée de démangeaison; l'appétit revient, la fièvre tombe complètement et les urines sont chargées d'une grande quantité d'acide urique.

La *douleur* de l'accès de goutte est une des plus atroces que l'homme puisse souffrir. La *rougeur* est éclatante, mal circonscrite, la peau semble amincie ; la *tuméfaction* est habituellement œdémateuse et s'accompagne du gonflement des veines ; la fièvre affecte un type quotidien, puis tierce, avec sueurs à la fin de l'accès. D'après un relevé de Scudamore, portant sur 108 observations, 105 fois la goutte a débuté sur de petites jointures, et 80 fois sur le gros orteil.

Telle est la description classique du premier accès de goutte; mais il faut savoir que la maladie présente quelquefois un autre début qui la fait rassembler au rhumatisme articulaire aigu.

Ce début se compose d'attaques successives, composées elles-mêmes d'accès analogues à celui que nous venons de décrire, et occupant successivement plusieurs articulations ; après le gros orteil, le genou, ou le poignet, ou l'épaule, ou les articulations des doigts. Ces attaques, qui chacune se prolongent de quatre à huit jours, se succèdent sans interruption complète, et donnent à la première manifestation de la maladie une durée qui varie de six semaines à trois mois.

Si l'on ajoute que cet ensemble de symptômes s'accompagne d'un mouvement fébrile on comprendra qu'il est réellement difficile de distinguer ces cas du *rhumatisme articulaire aigu* et que Chomel et bien d'autres médecins aient tenté de faire une seule maladie du rhumatisme et de la goutte.

2e *période*. — *Goutte habituelle*. Les attaques de goutte, qui, au début de la maladie, étaient séparées les unes des autres

par des intervalles très-longs, se rapprochent de plus en plus, en même temps qu'elles deviennent plus longues et moins intenses. Après quelques années de maladies, les arthrites goutteuses deviennent persistantes, avec des aggravations irrégulières qui rappellent encore les accès primitifs. A ce moment les articulations se déforment, les *tophus* se produisent et ne disparaissent plus complètement. Les mouvements deviennent de plus en plus limités dans les articulations entreprises ; des dépôts de matières calcaires se produisent au bout des doigts, à la paume de la main, aux bords des oreilles et aux paupières. Ces dépôts peuvent s'ulcérer, et dans ce cas ils versent au dehors une bouillie blanche, une espèce de chaux demi-liquide. En même temps apparaissent des affections viscérales plus ou moins multipliées : la dyspepsie, les hémorrhoïdes, l'hypochondrie, les coliques néphrétiques et hépatiques, l'asthme, les catarrhes pulmonaires, la cardo-aortite, les névralgies, les affections cutanées et oculaires. Ces affections acquièrent rarement dans cette période un haut degré d'intensité ; la vie végétative est encore florissante, et les malades plus ou moins impotents, tourmentés par les douleurs articulaires et par les souffrances qui accompagnent les affections goutteuses, n'en conservent pas moins un embonpoint notable et les apparences de la santé. Cette période se prolonge habituellement beaucoup ; elle peut se terminer par la mort, soit à l'occasion du développement d'une des affections viscérales, soit par une métastase, mais le plus souvent la maladie arrive à la période de cachexie.

3e *période*. — *Cachexie*. Cette période s'annonce par un amaigrissement qui marche très-lentement, mais qui ne s'arrête plus ; en même temps la dyspnée devient continuelle : il survient des vomissements fréquents et des diarrhées prolongées. A ce moment une des nombreuses affections chroniques que nous avons signalées dans la période précédente prend un développement considérable, et la santé générale est de plus en plus compromise ; assez souvent il se développe une albuminurie, bientôt accompagnée d'hydropisie qui aggrave considérablement l'état du malade.

C'est principalement dans cette période qu'apparaissent les

métastases goutteuses. Ces *métastases*, dont l'école positiviste se fait un monstre, sont, malgré tout, des faits d'observation. La métastase goutteuse n'est du reste qu'une perturbation dans la marche habituelle de la maladie ; perturbation caractérisée par la diminution ou même la disparition de l'arthrite, pendant que se développe une affection viscérale grave : pneumonie, pleurésie, catarrhe suffocant, apoplexie, méningite, cardialgie, flux cholériforme, endocardite, syncopes mortelles. Ces métastases se produisent habituellement à propos d'une émotion, d'un excès ou d'un traitement perturbateur. La métastase est habituellement un *accident*, un état aigu, mortel ou guérissable. Quand la guérison a lieu, l'arthrite se reproduit pendant que l'affection viscérale disparaît.

Dans la période cachectique, la mort peut encore arriver par épuisement; mais le plus souvent elle est due soit à une complication, soit au développement d'une des affections déjà indiquées.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par des attaques d'arthrites, à longs intervalles, beaucoup moins intenses que les arthrites de la forme précédente, et n'ayant pas de tendance à se rapprocher.

Dans l'intervalle des attaques, les malades présentent quelques affections goutteuses peu graves : migraine, hypochondrie, hémorrhoïdes, gastralgie, dyspepsie, névralgie, etc., etc. Mais, en somme, la santé se conserve et on ne voit jamais apparaître ni la goutte habituelle, ni la période cachectique.

Cette forme de la goutte, qui quelquefois ne présente que des rudiments de la maladie, survient habituellement dans un âge assez avancé, et comme un dernier retentissement d'une influence héréditaire.

III. Forme chronique d'emblée (asthénique, froide des auteurs). — Cette forme, dont la distinction est d'une importance capitale, est caractérisée par des arthrites persistantes, avec *accès paroxystiques* survenant à intervalles irréguliers; ces accès ne sont jamais aussi douloureux que dans la forme commune;

la période cachectique est plus tardive, et les affections viscérales moins graves. Cette forme, habituellement confondue avec la deuxième période de la forme commune, s'en distingue par les caractères que nous venons d'énumérer, mais principalement parce qu'on n'observe pas à son début d'attaques aiguës et isolées. C'est surtout la goutte des femmes : elle apparaît habituellement à la suite d'un accouchement ou à l'âge critique; elle débute par des douleurs dans les genoux et les épaules ; ces douleurs se manifestent à l'occasion du mouvement ou la nuit, à la chaleur du lit ; elles ne s'accompagnent ni de rougeur, ni de gonflement. Les articulations s'ankylosent très-tardivement et le mouvement n'est guère entravé que par la douleur. Cependant les petites articulations se prennent plus tôt ou plus tard; et, après quelques années, il se produit de petits tophus. La nutrition se conserve intacte pendant de longues années. Cependant si les affections de l'estomac prennent un trop grand développement, l'amaigrissement et même la cachexie peuvent se produire; les métastases sont ici plus rares que dans la forme commune.

IV. Forme anomale (irrégulière, maligne). — Elle est confondue à tort par Trousseau avec la *forme larvée*. La forme anomale est caractérisée par l'irrégularité et le peu d'intensité de l'affection articulaire, la prédominance et la gravité des affections viscérales. Cette forme est extrêmement grave et elle a un caractère de malignité tout particulier, quelquefois l'arthrite précède l'affection viscérale, d'autres fois, elle suit; toujours, au moins dans les premiers temps, il y une sorte d'alternance entre les deux. Vers la fin de la maladie, l'arthrite ne modifie plus l'affection viscérale.

Les principales affections sont : la migraine, les vertiges, l'épilepsie, l'hémorrhagie cérébrale, les ramollissements par oblitération artérielle, les névralgies, peut-être l'ataxie locomotrice, l'asthme et le catarrhe, l'angine de poitrine, la cardo-aortite, la dyspepsie, les calculs biliaires et néphrétiques, les dartres, l'ophthalmie goutteuse, l'uréthrite, les affections utérines. C'est à cette forme qu'il faut rapporter le *diabète* et la *néphrite interstitielle*. Ces deux affections sont très-fréquentes;

elles se caractérisent toutes les deux par la soif, la polyurie et une cachexie dans laquelle les symptômes urémiques jouent un rôle important. Seulement dans la première les urines sont sucrées et présentent une pesanteur spécifique exagérée, et dans la seconde elles sont albumineuses et ont une légèreté qui les rapproche de l'eau distillée. Toutes ces affections ont des caractères communs qui permettent d'affirmer qu'elles sont de nature goutteuse ; voici quels sont ces caractères : la marche de ces affections est périodique, elles alternent entre elles, elles alternent avec l'arthrite, elles s'accompagnent de dyspepsie et d'un excès d'acide urique. La plupart d'entre elles se terminent par une mort subite, ce qui constitue l'extrême gravité de la forme anomale.

V. Forme larvée. — Elle est caractérisée par des affections viscérales sans affection arthritique, c'est le pendant de la variole sans éruption. Cette forme est niée par les écoles modernes ; cependant il nous semble impossible de contester la nature goutteuse de ces affections, si l'on considère que ce sont les mêmes que celles qui accompagnent la forme anomale, qu'elles offrent les mêmes caractères de périodicité et d'alternance, qu'elles s'accompagnent de dyspepsie, d'hémorrhoïdes ou d'hypochondrie, que les lésions sont constituées principalement par un excès d'acide urique, des concrétions artérielles d'urates, etc.; qu'enfin l'influence d'une goutte héréditaire est incontestable dans le développement de ces affections. Nous appelons cette forme de la goutte, *larvée*, parce que l'affection arthritique manquant, la nature de la maladie est pour ainsi dire cachée.

On rencontre, dans la pratique, des cas extrêmement embarrassants, qui peuvent être compris sous cette notion de la goutte larvée. Ce sont des jeunes gens, plus souvent des jeunes filles prises, un peu avant la puberté, de coliques, de céphalalgies, de névralgies, de toux sèches avec granulations du pharynx, de mouvements fébriles irréguliers et intermittents, de leucorrhée, de métrite chronique ; ces affections résistent à

tous les traitements et coexistent souvent avec toutes les apparences de la santé la plus florissante.

VI. Formé noueuse. — Cette forme est rapportée au rhumatisme par Trousseau et par les auteurs contemporains. On la trouve décrite par les anciens sous le nom de goutte atonique, goutte froide, chronique, etc. Cette forme est caractérisée par une déformation particulière des articulations et par leur ankylose successive. Cette forme débute par les grandes articulations, les poignets, les épaules, les genoux; elles sont toutes prises successivement, et comme chaque arthrite se termine après un temps assez long par une ankylose, les malades finissent par se souder et deviennent complétement impotents. La douleur est ordinairement moindre que dans la forme commune et ne s'accompagne pas de réaction fébrile. Les articulations se déforment; autour des grandes articulations il se produit des espèces de tophus qui ne durcissent jamais; pour les petites articulations, la déformation est constituée par la tuméfaction des têtes osseuses et par le dépôt d'ostéophites. Ces arthrites s'accompagnent de migraine, d'hypochondrie, d'hémorrhoïdes et des affections goutteuses accoutumées. Les malades, complètement impotents, finissent par tomber dans la cachexie, avec dyspepsie, diarrhée, amaigrissement, rétraction musculaire, etc., etc.

La marche de cette forme est excessivement lente ; elle présente des exacerbations et des rémissions marquées, elle est plus fréquente chez les femmes.

J'ai observé un certain nombre de cas dans lesquels cette forme de la goutte se compliquait d'une *atrophie musculaire progressive* qui ne pouvait pas s'expliquer par l'immobilité des parties malades. Dans ces cas la distribution des arthrites était, comme l'atrophie musculaire, parfaitement symétrique. Une de mes malades présentait en outre des *douleurs fulgurantes* très-caractérisées. En sorte que le problème suivant se pose aux pathologistes. Un certain nombre de gouttes noueuses ne doivent-elles pas être rattachées à une affection de la moelle épinière?

Anatomie pathologique. — La lésion caractéristique de la goutte est l'excès d'acide urique pendant la vie. Cet excès se constate dans les urines et dans le sang. L'acide urique chez l'homme sain est de 0,2 à 0,6 pour 1000 grammes d'urines, dans la goutte cette proportion s'élève à 1,730. Après la mort on trouve des dépôts d'urate de chaux et de soude dans plusieurs viscères, et en particulier dans les articulations, dans la peau, dans les artères, dans les tubes urinifères et dans les produits des inflammations goutteuses. Dans les articulations, les dépôts d'urates existent aussi bien en dedans de la synoviale qu'au dehors où ils constituent des tophus. Ces tophus se composent de matières animales, d'acide urique, d'urate de soude et de chaux, de chlorure de sodium. Les phosphates se trouvent unis aux urates pour constituer les concrétions calcaires des artères chez les goutteux. Le siége anatomique de ces dépôts est dans les cellules cartilagineuses elles-mêmes, dans les franges synoviales et dans les tissus fibreux qui doublent la synoviale.

Étiologie. — La goutte est une maladie héréditaire ; on a dit qu'elle était plus fréquente chez l'homme, parce qu'on a eu égard seulement à la *forme commune* de la maladie ; les autres formes sont très-fréquentes chez la femme. Les accès de goutte n'apparaissent guère qu'après la puberté ; *puer podagra non laborat ante veneris usum,* ils sont fréquents surtout après l'âge de 35 ans ; mais cependant on peut reconnaître la maladie dès l'enfance par les migraines, les dyspepsies, les affections cutanées et une disposition organique, un tempérament particulier caractérisé surtout par l'énergie de toutes les fonctions.

La bonne chère, l'oisiveté, l'abus des plaisirs vénériens (*eunuchi podagra non laborant*), les travaux de cabinets, l'excitation intellectuelle, sont les causes occasionnelles de la goutte; aussi est-ce la maladie des riches. Cependant remarquons que cette étiologie s'applique principalement à la forme commune et que les autres formes se rencontrent assez fréquemment dans les classes pauvres. C'est dans le Nord et dans la zone tempérée que la goutte s'observe principalement.

Les attaques sont surtout fréquentes en hiver ; des excès, une émotion morale, un refroidissement, sont les occasions ordinaires des attaques.

Traitement. — L'aggravation fréquente des affections viscérales après la disparition des arthrites goutteuses, est un fait d'observation qui a produit, chez beaucoup de médecins, l'opinion qu'on ne devait pas guérir la goutte externe. Il est très-certain qu'on devra s'abstenir de traiter les attaques de goutte par des moyens perturbateurs, et je ne parle pas seulement ici des répercussifs appliqués sur l'articulation malade ; mais encore des émissions sanguines, des purgatifs répétés et même de l'hydrothérapie. On devra s'efforcer de traiter surtout la maladie plutôt que l'affection externe.

Traitement de la forme commune. — 1re *période.* — *Pendant l'attaque*, six médicaments principaux sont indiqués : *bryonia, china, chininum sulfuricum, arnica, sabina et colchicum. China* est indiqué par le mouvement fébrile intermittent, par une douleur avec gonflement des orteils ; douleur aggravé par le *toucher* et par le mouvement ; douleur reparaissant surtout le soir et la nuit. Les autres symptômes de *china* ayant rapport à la goutte sont : anorexie alternant avec la boulimie ; une dyspepsie flatulente intestinale ; les hémorrhoïdes, les urines rouges, cuisantes, avec dépôt briqueté ; l'asthme avec expiration difficile et sifflante ; les palpitations avec anxiété ; froid de pied sensible. *Chininum* indiqué dans les mêmes circonstances que *China* me semble plus actif et je n'hésite pas à l'employer quand les douleurs sont très-aiguës et la fièvre très-marquée.

Sabina est le médicament qui correspond le mieux à l'arthrite goutteuse : *gonflement rouge et luisant du gros orteil*, avec douleur atroce qui s'aggrave au moindre contact et au plus petit mouvement ; pesanteur du pied malade ; mouvement fébrile quotidien avec aggravation le soir. La coïncidence de règles *trop fortes* est encore une indication pour Sabina.

Arnica se rapporte plus à l'affection articulaire qu'à la maladie : gonflement luisant et douleur de luxation dans le gros orteil.

Bryonia se rapporte davantage aux arthrites multiples du rhumatisme. Cependant j'ai guéri des attaques de goutte avec ce médicament. Le plus souvent il conviendra d'alterner *china* et *sabina* à la troisième ou à la sixième dilution toutes les trois heures. *Colchicum* est d'un emploi traditionnel dans le traitement de la goutte, cependant Scudamore et Pereira soutiennent qu'il est seulement palliatif. Colchicum par son action pathogénique répond aux *douleurs musculaires*, torticolis, lumbago, etc., il répond à l'ophthalmie et en particulier à la *kératite arthritique*, il produit des douleurs dans les *petites* et les *grandes* articulations avec *gonflements*, sentiment de brûlures et surtout de *déchirures*, aggravation par le toucher (Roth), enfin il augmente la quantité d'acide urique (Schmid).

Mais c'est surtout dans l'intervalle des attaques qu'il serait opportun de traiter la goutte, afin d'empêcher ou d'éloigner le retour des attaques. Malheureusement la thérapeutique ancienne ne nous fournit que des moyens douteux et empiriques, et l'homœopathie ne possède pas encore d'observations cliniques suffisantes pour nous guider sur ce point. Cependant je dois signaler le *kali carbonicum*, qui contient dans sa pathogénésie : caractère violent avec emportement; migraines avec nausées ; anorexie et boulimie ; flatulence ; hémorrhoïdes ; urines rouges, cuisantes, briquetées ; douleurs déchirantes dans les petites articulations et dans le gros orteil. *Lycopodium*, *sulfur*, *calcarea*, *kali hydriodicum* dont on trouvera les indications à propos de la goutte habituelle, pourraient aussi être consultés. C'est aussi pendant l'intervalle des attaques que les eaux minérales doivent être prescrites.

2e *période ou goutte habituelle.* — Pendant les aggravations, *china* et *sabina* peuvent être indiquées ; mais en dehors des paroxysmes, nous signalerons: *sulfur*, *rhododendron*, *lycopodium*, *ledum palustre*, *calcarea* et *kali hydriodicum*. *Sulfur* est indiqué par un caractère violent ; l'anorexie et en particulier le dégoût de la viande, la flatulence, la dyspnée avec le besoin de faire de profondes inspirations ; les urines chargées d'acide urique; les tophus et les craquements articulaires ; les affections du gros orteil.

Lycopodium est indiqué par les tophus, les douleurs nocturnes améliorées par la chaleur, les rétractions musculaires, la gravelle, les hématuries, les accès d'arthrites, la goutte aux mains.

Rhododendron : tophus, affaiblissements paralytique des membres ; aggravation le matin, par les temps humides et au repos.

Ledum palustre m'a rendu de grands services dans les cas de goutte habituelle, surtout quand elle siége aux articulations des mains et des pieds. On trouve encore signalé par Richard Hughes :

Guaiacum. Indiqué par les auteurs anglais comme prophylactique de la goutte, et curatif du pyrosis, des flatuosités, et de la constipation, trois symptômes provoqués par son usage continu.

Kali bichromicum. Le docteur Drysdale a publié des cas de céphalalgie arthritique, de lombago, de sciatique et de périostite guéris par lui d'une manière très-satisfaisante.

Kali hydriodicum trouvera aussi son emploi dans certains cas de goutte chronique, ainsi que dans le coryza de nature arthritique.

Actæa racemosa, d'après R. Hughes, combat moins efficacement les cas de rhumatisme fébrile que l'aconit, mais elle est efficace dans les manifestations localisées du rhumatisme et surtout dans les *myalgies* qui suivant nous sont des affections goutteuses. Aussi est-elle très-indiquée dans la pleurodynie, le lombago, le torticolis : on l'emploie généralement aux basses atténuations.

Caulophyllum suivant le Dr Burt produit des affections rhumatoïdes des petites articulations, il serait donc efficace contre les cas de rhumatisme d'Eberden qui d'après nous sont une manifestation de la goutte. Le Dr Ludlam le dit plus efficace chez les femmes que chez les hommes, comparé avec pulsatille.

3e *période. Cachexie*. Indépendamment des médicaments précédents, *arsenicum* serait indiqué, dans la cachexie, par la diarrhée, les hydropisies, l'albuminurie et tous les désordres de la vie végétative.

Métastases.— Dans les cas de métastases goutteuses, il faut prescrire les médicaments indiqués par l'affection viscérale. *Opium, belladona* et *arnica*, par exemple, pour les affections cérébrales ; *digitalis, arsenicum, colchicum*, pour les affections du cœur, etc. Mais il faut se rappeler que l'affection articulaire fait souvent disparaître la métastase ; on ne doit donc pas négliger les moyens qui peuvent rappeler l'arthrite. Les applications irritantes externes, les sinapismes, par exemple, remplissent cette indication. Pour le traitement des affections métastatiques, je prie le lecteur de se transporter aux affections du cerveau, du cœur, etc.

Le traitement de la *forme bénigne* est le traitement de l'attaque ; nous n'y reviendrons pas. Dans la *forme chronique d'emblée*, on aura recours au traitement de la seconde période de la forme commune.

Enfin, dans les *formes anomale* et *larvée*, l'affection viscérale réclamera un traitement spécial, en se rappelant toutefois que les médicaments qui contiennent dans leur pathogénésie un excès d'acide urique seront plus particulièrement indiqués.

La *goutte noueuse* demande plus particulièrement *iodium, arsenicum* et *aurum;* mais le traitement de cette forme est encore très-peu avancé. Les allopathes signalent la teinture d'iode et les bains arsenicaux comme particulièrement efficaces dans cette forme.

En résumé, dans la première période, où quand la goutte habituelle passe à l'état aigu, quand elle atteint plusieurs articulations grandes et petites, quand, en un mot, elle simule le rhumatisme articulaire aigu, prescrivez *bryonia* les premiers jours, puis rapidement *chininum sulfuricum* et quelquefois *colchicum* suivant les indications énumérées plus haut. Ces médicaments doivent être administrés aux *basses dilutions* de la 1re et 3e centésimale, de quatre à huit fois par jour, suivant la violence des symptômes. Souvenez-vous surtout qu'il faut insister sur les *mêmes médicaments* pendant tout le temps que durera la période aiguë.

China, à son défaut; *chininum sulfuricum*, *ledum palustre* constituent les premiers médicaments pour la goutte chronique, ils

doivent être employés *pendant des mois*, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour.

Les eaux minérales jouent un trop grand rôle dans le traitement de la goutte pour que nous n'en disions pas un mot.

Vichy convient dans les formes communes ; mais seulement à la première période. La dyspepsie, la gravelle, les calculs biliaires indiquent plus particulièrement Vichy. Les contre-indications sont : une attaque imminente, une tendance aux congestions cérébrales, une affection du cœur. Les eaux de Vichy employées trop tardivement précipitent le malade dans la cachexie.

Carlsbad convient à la forme commune pendant la première et même la deuxième période. Ces eaux sont indiquées par l'affection hémorrhoïdaire, la flatulence, les vertiges, les tophus. Elles sont moins débilitantes que Vichy ; je leur dois de beaux succès.

Bourbonnes est très-analogue à Carlsbad ; depuis la guerre, j'y ai envoyé beaucoup de malades et j'ai beaucoup à m'en louer.

Wiesbaden et *Hambourg* sont indiquées pour la cachexie commençante, les tophus, les ankyloses. Ces eaux sont reconstituantes.

Néris convient dans la deuxième période de la forme commune dans la goutte chronique d'emblée, principalement chez les malades nerveux et impressionnables. L'existence de *névralgies* ou de *névroses* est une indication formelle des eaux de Néris.

Tœplitz, avant la cachexie, ankyloses et déformations articulaires.

Aix en Savoie et *Aix-la-Chapelle* sont indiquées dans la goutte chronique d'emblée et dans la goutte noueuse ; les affections cutanées inclineront, dans les cas douteux, pour le choix d'une eau sulfureuse. Les eaux salines de Hombourg, Wiesbaden et Aix-en-Savoie, conviennent dans la goutte anomale et dans la goutte larvée. J'ai obtenu de beaux résultats des eaux d'Aix, dans la goutte larvée avec ophthalmie goutteuse grave.

Mais avant le traitement pharmaceutique, le médecin institue en première ligne le traitement hygiénique. L'exercice poussé jusqu'à la transpiration, un usage très-modéré de la viande et du vin ; l'abstinence du café et du thé ; une grande consomma-

tion de lait, de légumes verts et de fruits ; l'habitude de porter la laine sur la peau, telles sont en résumé les prescriptions hygiéniques, les plus propres à empêcher le développement de la goutte.

CHAPITRE II

RHUMATISME

Sous ce nom, les auteurs confondent encore aujourd'hui bien des affections différentes. Ils appellent rhumatisme une classe de maladies caractérisées par la douleur, la mobilité des affections et leur aggravation sous l'influence du froid humide. Cette classe artificielle qui comprend le rhumatisme articulaire aigu, la goutte noueuse, les arthrites blennorrhagique, scarlatineuse, puerpérale, etc., les myalgies symptomatiques de la goutte et de l'hystérie, rappelle la classe des maladies scorbutiques du siècle dernier et ne peut plus être conservée en nosologie. Aussi, nous ne décrirons sous le nom de rhumatisme qu'une maladie essentielle : le rhumatisme articulaire aigu.

Définition. — Caractérisée par l'inflammation résolutivede s membranes séreuses, inflammation habituellement multiple, mobile et ayant pour siége plus particulier les articulations et le cœur, cette maladie est habituellement désignée sous le nom de *rhumatisme articulaire aigu*, nom que nous conserverons.

Division. — Le rhumatisme articulaire aigu présente quatre formes à étudier : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme fixe* ou mono-articulaire, la *forme anomale*.

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par une durée de 2 à 6 septénaires, par sa tendance à l'envahissement des séreuses viscérales et aux métastases.

Début. Tantôt le rhumatisme est précédé de prodromes : malaise, sentiment de froid, arthrodynie ; d'autres fois, il débute brusquement par un frisson et un mouvement fébrile

bien accentué, accompagné ou suivi, au bout de quelques heures, d'une ou de plusieurs arthrites.

La fièvre, caractérisée par une chaleur intense avec tendance à la sueur, ou même sueurs profuses, pouls grand et fort, va en augmentant jusque vers le quatrième jour; les articulations prises, les genoux, les épaules, les hanches, sont le siége de douleurs qui vont croissant avec le mouvement fébrile; elles se tuméfient, non pas par un œdème comme dans la goutte, mais par un épanchement dans la capsule synoviale. La peau prend une couleur rose pâle, bien différente de la rougeur goutteuse; le toucher, mais surtout le mouvement, exaspère la douleur; aussi le malade reste-t-il immobile dans le décubitus dorsal, les membres dans l'extension, le facies rouge, vultueux, le corps couvert de sueurs, la langue saburrale, les urines troubles et acides. Quand l'épanchement est trop considérable dans les genoux, il en résulte une demi-flexion des jambes.

Après avoir augmenté habituellement pendant quatre jours, le mouvement fébrile décroît un peu, les arthrites se résolvent; mais cette période décroissante est de courte durée, la fièvre reprend une grande intensité et de nouvelles jointures sont envahies. La maladie marche ainsi par accès successif et atteint quelquefois plusieurs fois toutes les articulations, même les petites. C'est cette succession d'affections qui explique la longue durée de la maladie; enfin les accès deviennent moins intenses, le mouvement fébrile disparaît complètement, il ne reste plus que quelques douleurs sourdes qui persistent plus ou moins longtemps.

Il faut noter qu'ici, comme dans l'érysipèle, le tracé thermométrique démontre l'existence d'un mouvement fébrile *rémittent*, avec différence d'un degré environ entre le matin et le soir, de 38 à 39 degrés, en général; de plus, de temps à autre, il y a une différence d'un degré et demi à deux degrés entre la température du soir et du matin. Ce caractère du mouvement fébrile nous fait comprendre l'efficacité du sulfate de quinine et du quinquina.

Complications. — L'inflammation rhumatismale a, dans la

forme commune, une tendance naturelle à envahir les séreuses viscérales. De là, des péricardites, des endocardites, des pleurésies, des péritonites et des arachnitis. Ces complications sont annoncées par la douleur, les troubles fonctionnels et l'augmentation considérable du mouvement fébrile; le thermomètre fait constater une augmentation de chaleur d'un degré à un degré et demi. L'endocardite et la péricardite sont beaucoup plus fréquentes que les autres affections viscérales; elles sont le plus souvent peu intenses, mais acquièrent, d'autres fois, une gravité considérable et se terminent soit par la mort du malade, soit par le développement d'une affection organique du cœur.

Métastases. — Elles sont constituées par des inflammations sur les séreuses viscérales. Ces inflammations débutent brusquement et acquièrent très-promptement un haut degré de gravité; elles s'accompagnent de la disparition plus ou moins complète des affections articulaires. Indépendamment des inflammations des membranes séreuses signalées au chapitre des complications, on observe, très-souvent, comme métastase rhumatismale, une arachnitis avec extension de l'inflammation à la pie-mère et à la couche corticale du cerveau. Ce *rhumatisme cérébral*, comme on l'appelle aujourd'hui, revêt deux formes : la forme méningitique et la forme apoplectique. Dans la première, le malade est pris de céphalalgie intense, avec délire et hallucination, remplacés très-promptement par la somnolence et le coma; la forme apoplectique débute d'emblée par le coma; l'une et l'autre sont rapidement mortelles.

Quand le rhumatisme se termine par la guérison, on voit souvent persister, pendant longtemps, des douleurs articulaires, avec roideur et demi-ankylose. Sous l'influence d'un refroidissement, ces affections reprennent un peu d'acuité. Cette période, qui constitue la *période chronique* du rhumatisme, se continue quelquefois pendant six mois ou un an.

Les *rechutes* et les *récidives* sont très-fréquentes dans cette forme.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par un mouvement fébrile peu intense ou nul; par une durée qui s'étend d'un demi-septénaire à un septénaire et demi; par l'absence des complications et la rareté des métastases.

Cette forme ressemble à un *accès* de la forme précédente; seulement les symptômes sont moins intenses, la fièvre n'apparaît guère que le soir ou la nuit; il y a un petit nombre de jointures atteintes par la maladie.

III. Forme fixe ou mono-articulaire. — Elle est caractérisée par la localisation du rhumatisme sur une seule articulation; le mouvement fébrile est fort intense dans cette forme, et l'arthrite est extrêmement violente; douleur atroce, même dans l'immobilité absolue : gonflement énorme et rougeur plus marquée que dans la forme commune.

Dans quelques cas où le rhumatisme mono-articulaire avait été pris pour une arthrite simple, et où une ponction exploratrice avait été pratiquée, on a retiré une grande quantité de synovie de la jointure malade.

Cette forme est sujette à des métastases fort graves; elle se termine souvent par un état chronique de l'articulation, difficile à guérir. Peut-on considérer le rhumatisme mono-articulaire comme une condition de la production de l'hydarthrose et d'une tumeur blanche non scrofuleuse? La solution de ces deux questions demande des études cliniques nouvelles.

IV. Forme anomale. — Elle est caractérisée par le peu de gravité des arthrites et par la prédominance des affections viscérales.

Cette forme est beaucoup plus grave que les précédentes, à cause de la prédominance et de la persistance des affections viscérales. Cette affection est presque toujours une *endocardite*; quelquefois elle précède l'affection articulaire, d'autres fois elle la suit; mais toujours l'arthrite ou les arthrites sont très-bénignes.

La chorée rhumatismale avec affection du cœur se rattache directement à cette forme.

Dans les cas que j'ai observés, la maladie débute violemment par un mouvement fébrile intense, et l'on constate l'existence d'une endocardite ou d'une péricardite aiguë, qui se complique bientôt d'une pleurésie, habituellement du côté gauche, simultanément ou à quelques jours de distance, on constate deux ou trois arthrites d'une durée éphémère.

Si les malades échappent à la gravité des symptômes du début, ils succombent habituellement, au bout de quelques mois, à l'affection du cœur.

Anatomie pathologique. — A l'état aigu, l'inflammation rhumatismale des jointures est caractérisée par une synovie gluante, épaisse et jaunâtre; d'autres fois, par un épanchement séro-sanguinolent avec des flocons pseudo-membraneux, l'injection des franges synoviales et des tissus synoviaux.

Dans la période chronique, on trouve les cartilages altérés, détruits par place sous forme d'ulcération arrondie, avec injection du tissu osseux sous-cartilagineux. Quand la mort a lieu par métastase, les articulations ne présentent que des traces d'inflammation. Les arthrites rhumatismales ne suppurent jamais. Cette erreur de Bouillaud tient à la confusion du rhumatisme avec la diathèse purulente.

Le *sang* des rhumatisants est extrêmement couenneux : la fibrine est dans une proportion de 4 à 10.

Les *urines* sont acides et contiennent des urates en poudre amorphe avec quelques rares cristaux d'acide urique, tandis que, dans la goutte, en l'absence du mouvement fébrile, le sédiment se compose exclusivement d'acide urique cristallisé.

Étiologie. — Cette maladie sévit surtout de 15 à 30 ans. Elle n'apparait jamais avant 7 ans (Rilliet et Barthez), et, au contraire de la goutte, elle disparaît presque complètement après la quarantième année. Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes, dans une proportion de 10 à 7.

Le rhumatisme règne surtout dans la *saison* froide et humide; il est beaucoup plus fréquent dans certaines *localités*, à Paris, par exemple. Pendant huit ans d'exercice à Charroux, petite

ville de la Vienne, et dans une très-nombreuse clientèle, je n'ai observé qu'un seul cas de rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme est la maladie des *pauvres*, des *ouvriers*, et, en particulier, des blanchisseuses, des cochers, des commissionnaires.

L'influence de l'*hérédité* n'est pas démontrée dans cette maladie.

Le *froid humide* est la cause occasionnelle qui est admise le plus généralement; cependant la maladie peut se développer en l'absence de cette cause et par la seule action de la prédisposition. Bouillaud cite un cas de rhumatisme développé dans ses salles chez un malade alité.

Traitement. — *Aconitum*, *bryonia*, *chininum sulfuricum*, *colchicum*, *mercurius*, *pulsatilla*, *viola odorata*, sont les principaux médicaments du rhumatisme.

Aconitum, *bryonia* et *mercurius* conviennent tous les trois à un mouvement fébrile, intense, avec gonflement et rougeur de plusieurs articulations. *Aconitum* est indiqué plus spécialement par : mouvement fébrile intense, pouls grand et fort, soif, rougeur de la face, anxiété et crainte de la mort; arthrite des grandes jointures, principalement des membres inférieurs, avec gonflement rouge luisant; affection cardiaque concomitante.

Bryonia convient davantage aux arthrites qu'à la fièvre; arthrites de toutes les jointures, grandes et petites; gonflement pâle ou rouge; aggravation par le moindre mouvement et par l'attouchement le plus léger.

Mercurius est principalement indiqué par les sueurs profuses qui ne soulagent pas et par les aggravations nocturnes.

Colchicum convient surtout quand l'arthrite est sans gonflement ou que le gonflement a été enlevé par *bryonia*.

Chininum sulfuricum, médicament peut-être plus efficace à dose massive, mais assurément très-dangereux; il convient quand le mouvement fébrile est tombé ou lorsqu'il persiste encore sous forme rémittente ou quand les douleurs reviennent suivant des paroxysmes réguliers.

Pulsatilla convient quand il y a une grande mobilité des affections rhumatismales.

Viola odorata a été vantée par certains médecins. Ce médicament semble convenir dans la forme commune, surtout chez les personnes nerveuses.

Sulfur et *calcarea* sont indiqués dans la période chronique.

Les *complications* et les *métastases* demandent le traitement des affections particulières qui les constituent; seulement il ne faut pas oublier que, dans les métastases, on doit s'efforcer de rappeler l'affection articulaire.

Dans la forme *mono-articulaire*, après *aconitum* indiqué par la fièvre intense, on cherchera le médicament qui convient le mieux à l'articulation atteinte. *Bryonia*, pour l'épaule ou la hanche; *causticum*, pour le coude ou le poignet ; *china*, pour le genou, en ayant aussi égard à la nature de la douleur, du gonflement et de la rougeur.

Pour éviter des répétitions, nous renvoyons au traitement de l'arthrite goutteuse, pour de plus grands détails sur les indications particulières à chaque médicament. Rappelons-nous, en effet, que la *thérapeutique positive* ne s'attaque pas à la *nature* toujours inconnue de la maladie, mais à l'ensemble des symptômes. Que l'arthrite soit goutteuse ou rhumatismale, cela importe peu pour le choix du médicament; ce qui importe, ce sont les symptômes de cette arthrite et ceux qui existent simultanément chez le malade.

En *résumé*, au début du rhumatisme articulaire aigu, *aconitum* est le plus souvent indiqué par les caractères réunis de la fièvre et des arthrites : on doit le prescrire à fortes doses. Un gramme de teinture mère en 24 heures, puis après 24, 48 heures, quelquefois trois ou quatre jours, on passe à *bryonia*, mais le plus souvent à *chininum sulfuricum*, suivant les indications que j'ai posées; les médicaments sont continués, tant qu'ils produisent une amélioration.

Il faut joindre à ce traitement l'usage des tisanes abondantes; la diète absolue pendant le mouvement fébrile, et les plus grandes précautions pour garantir le malade de toutes les causes de refroidissement.

CHAPITRE III.

MALADIE HÉMORRHOIDAIRE

C'est une maladie caractérisée par une affection anale et par des affections viscérales diverses : phlegmasies, congestions, névroses, mais surtout par des hémorrhagies. Jusqu'à Galien, le mot *hémorrhoïde* est resté synonyme d'*hémorrhagie*. C'est à Stahl que nous devons la connaissance des rapports qui existent entre les affections viscérales et les affections anales, et, par conséquent, la constitution de la maladie hémorrhoïdaire. Les organiciens modernes ont complètement perdu cette tradition ; ils réduisent toute l'histoire des hémorrhoïdes à l'affection anale. Il est facile de reprendre la question au point où l'avait conduit l'école de Stahl ; mais il reste toujours une difficulté, c'est celle de séparer nettement la maladie hémorrhoïdaire et la goutte, parce que les deux maladies ont des affections viscérales analogues et que l'affection anale se rencontre souvent dans la goutte.

Les hémorrhoïdes locales peuvent donc constituer une affection symptomatique de la goutte. On les observe encore, à titre d'affection symptomatique, dans la cirrhose, dans la grossesse et dans la plupart des tumeurs de l'abdomen. C'est seulement dans ces cas qu'on peut dire que les hémorrhoïdes sont dues à une cause mécanique : la compression des vaisseaux.

Division. — La maladie hémorrhoïdaire présente quatre formes : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme anomale*, *forme larvée*.

I. Forme commune. — Elle présente dans sa variété la plus grave l'évolution complète de la maladie ; elle est constituée par un ensemble d'affections viscérales reliées à une affection anale. La marche de la maladie peut être divisée en trois phases : *hémorrhoïdes périodiques*, *hémorrhoïdes habituelles* et *cachexie hémorrhoïdaire*.

1re *période.* — Hémorrhoïdes périodiques. A ce moment de la maladie, on observe des attaques périodiques très-violentes de l'affection anale et très-peu d'affections viscérales.

L'attaque présente l'apparence d'une petite maladie; ses prodromes, fort bien étudiés, sont : douleur et prurit à la région anale, avec constipation, céphalalgie occipitale, épistaxis, lumbago avec plénitude douloureuse dans les flancs, flatulence stomacale et intestinale, somnolence diurne et sommeil troublé la nuit, mauvaise humeur, irascibilité, hypochondrie ; enfin, immédiatement avant l'apparition de l'affection anale, mouvement fébrile quelquefois précédé de frisson; pouls dur et concentré. A ce moment, la douleur anale devient vive et brûlante; une ou plusieurs tumeurs apparaissent et sont suivies d'un écoulement de sang qui sert de crise à l'attaque.

La durée de l'attaque est de quatre à sept jours; la douleur et l'écoulement de sang cessent peu à peu ; les tumeurs se flétrissent et disparaissent, et l'attaque se termine par la disparition de toutes les souffrances qui l'ont précédée.

Un mouvement fébrile, plus ou moins prononcé, peut persister pendant toute la durée de l'attaque; la diarrhée remplace souvent la constipation pendant cette période.

La *tumeur hémorrhoïdale* est une ou multiple, elle peut manquer complètement; elle est interne, c'est-à-dire qu'elle est située au-dessus du sphincter, ou externe. Son volume ordinaire est celui d'une noisette ou d'une petite noix, elle peut acquérir celui de la tête d'un fœtus à terme ; elle est rouge, violette, noire.

Le *flux de sang*, d'une abondance très-variable, a lieu habituellement pendant la défécation ; le sang est rouge ou noir ; il s'échappe en bavant, par jet ou en caillot.

La *douleur hémorrhoïdaire* est brûlante, lancinante, souvent intolérable ; d'autres fois, c'est une pesanteur avec fausse envie d'aller à la selle ; souvent cette douleur se prolonge à la vessie et produit le ténesme vésical.

La maladie peut persister pendant des années à cette période, les attaques revenant à des intervalles réguliers ou irréguliers. Entre les attaques, les malades sont sujets à l'hypo-

chondrie, aux vertiges, à la céphalalgie, aux douleurs vagues dans les muscles et à une alternative de constipation et de diarrhée.

2e *période.* — **Hémorrhoïdes habituelles.** L'affection locale devient persistante avec des paroxysmes irréguliers, pendant lesquels on voit reparaître les douleurs vives et les flux de sang abondants. Dans l'intervalle de ces paroxysmes, les tumeurs persistent tantôt gonflées, tantôt flétries sous forme de *crêtes*, de *marisques*, de *figs ;* elles s'accompagnent souvent d'un suintement muqueux (*hémorrhoïde blanche*), qui peut devenir très-abondant. Des accidents locaux et des affections viscérales graves se développent pendant cette période. Nous allons les décrire successivement.

Accidents locaux. Ce sont des *abcès* habituellement limités aux tumeurs et à la marge de l'anus, mais qui peuvent s'étendre dans le petit bassin et amener la mort, soit par extension au péritoine, soit par le développement de phlébites purulentes. D'autres fois, ce sont des *gangrènes* qui, le plus souvent, ne produisent qu'une destruction partielle des tumeurs ; mais qui, dans des cas malheureux, entraînent la destruction d'une partie du rectum.

Les *rétrécissements* du rectum, avec constipation invincible, coliques, blennorrhée rectale, sont les conséquences habituelles de ces deux premiers accidents. Notons encore parmi les accidents locaux : *chute du rectum*, les *eczémas* de la région anale, et surtout la *fissure à l'anus.*

Les *affections viscérales* sont, comme dans la goutte, symptomatiques ou métastatiques. Ce sont principalement des *hémorrhagies :* épistaxis, hémoptysie, hématémèse, mélæna, hématurie, et enfin des hémorrhagies cérébrales ; des *congestions chroniques ;* vertiges ; congestion du foie ; des *inflammations ;* des cystites, des encéphalites, des laryngites et des pharyngites granuleuses.

Les affections cardiaques de nature inflammatoire qu'on observe chez les hémorrhoïdaires sont bien difficiles à distinguer, si même elles ne sont pas complètement semblables à celles des goutteux.

On observe encore comme affections viscérales des névroses très-diverses, des névralgies en particulier, des gastralgies, des dyspepsies et surtout des coliques excessivement douloureuses. Nous verrons que la paralysie générale et l'ataxie locomotrice se développent presque constamment chez des hémorrhoïdaires.

Les différentes affections que nous venons d'énumérer ont pour caractère de survenir par attaques et d'alterner, soit entre elles, soit avec l'affection anale.

3° *période.* — Cachexie. Les douleurs prolongées, les insomnies, les écoulements muqueux, mais principalement les hémorrhagies répétées, amènent la cachexie. Celle-ci a pour caractère principal l'*anémie* et ses suites : pâleur, bouffissures, essoufflements, palpitations. La tendance aux hémorrhagies augmente encore, elles ont des siéges multiples ; le purpura, l'hydropisie, la gangrène, viennent terminer la scène, si un traitement approprié ne réussit pas à enrayer la maladie.

La *forme commune* n'atteint pas souvent une gravité aussi considérable, et plus souvent la cachexie ne se produit pas.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par la prédominance de l'affection anale et par l'extrême bénignité ou l'absence complète des affections viscérales.

Cette forme présente des degrés très-nombreux ; dans la variété la plus grave les hémorrhagies anales prennent une intensité qui conduit rapidement, quelquefois en moins de huit jours, à une anémie profonde ; mais cette anémie, qui disparaît aussitôt qu'on s'est rendu maître de l'affection locale, ne doit pas être confondue avec la cachexie hémorrhoïdaire.

Dans sa variété la plus bénigne, la maladie est caractérisée par l'apparition d'hémorrhoïdes sèches, apparaissant sous l'influence d'une cause occasionnelle puissante, d'une équitation prolongée par exemple, et disparaissant d'elle-même pour ne plus revenir, à moins de l'intervention d'une autre cause. D'autres variétés sont caractérisées par des suintements sanguins ou séreux, des douleurs plus ou moins vives, etc., etc.

III. Forme anomale. — Elle est caractérisée par la prédominance des affections viscérales; par l'extrême bénignité de l'affection anale; ce dernier caractère ne doit pas faire confondre la forme anomale avec la forme précédente.

Les affections viscérales sont de même nature que l'affection anale. Ce sont des fluxions, des hémorrhagies et très-rarement des inflammations; elles sont périodiques; elles alternent entre elles; elles alternent avec l'affection anale, et se guérissent à son apparition. Cette forme est niée par les organiciens. Cependant il existe des observations cliniques incontestables dans lesquelles on a vu des affections viscérales, habituelles aux hémorrhoïdaires: hémoptysies, hématémèse, guéries après l'apparition des tumeurs hémorrhoïdaires. Ce sont là des faits qu'on ne peut classer que dans la forme anomale des hémorrhoïdes.

IV. Forme larvée. — Elle est caractérisée par les affections viscérales et par l'absence complète de l'affection anale.

Cette forme, encore plus contestée que la précédente, repose tout entière sur l'existence fréquente d'affections ayant tous les caractères des affections hémorrhoïdales, avec une absence complète d'affection anale.

Anatomie pathologique. — L'étude *anatomo-pathologique* de l'affection anale a été faite avec beaucoup de soin. Les tumeurs sont de deux sortes : *variqueuses* et *cellulo-épithéliales*. Les premières sont composées par des veinules dilatées avec des vacuoles communicantes, des caillots extravasés, puis organisés; elles ont l'apparence d'un tissu érectile. Ces tumeurs sont une, ou multiples, quelquefois disposées en grappe. Elles appartiennent soit aux veines hémorrhoïdaires inférieures, et par conséquent à la circulation générale, soit aux veines hémorrhoïdaires supérieures, et dépendent par la grande mésaraïque du système de la veine porte.

Les tumeurs cellulo-épithéliales ou *marisques*, constituées par du tissu conjonctif et épithélial, sont rosées; lisses, disposées sous forme de crête de coq à l'anus.

Les inflammations de ces régions déterminent les indurations et les rétrécissements dont nous avons déjà parlé.

Étiologie. — Les hémorrhoïdaires sont dès leur enfance sujets à des épistaxis, des vertiges, des attaques d'hypochondrie; ils ont les artères petites et les veines développées. C'est là ce qu'on appelle le *tempérament* hémorrhoïdaire.

L'*hérédité* est incontestable dans cette maladie; quelquefois une seule affection se transmet: la migraine, les épistaxis, etc. C'est ce qui constitue pour nous la forme larvée de la maladie.

C'est surtout de 45 à 55 ans qu'apparaît la première attaque d'hémorrhoïdes. Sthal croyait la maladie plus fréquente dans la vieillesse. Du reste, elle n'épargne aucun *âge;* sur 63 cas, Trnka l'a observée 39 fois après 15 ans, 18 fois vers 5 ans, 5 fois dans la première année. Les *sexes* et les climats n'ont pas d'influence marquée sur la production de la maladie. Certains pays présentent, sans qu'on sache pourquoi, un grand nombre d'hémorrhoïdaires. La vie de cabinet, l'équitation, la bonne chère, les épices, le café, les plaisirs vénériens, l'usage des bains de siége, des sangsues, des purgatifs, surtout aloétiques, favorisent le développement de la maladie, mais ne suffisent jamais à la produire en l'absence de la prédisposition.

Traitement. — *Forme commune, attaques.* S'il ne survient aucun accident, il faut se borner à faire de l'expectation, non pas que la maladie hémorrhoïdaire soit une *fonction*, comme l'ont dit les Sthaliens, mais parce que la fluxion et l'hémorrhagie anale servent de crise aux autres souffrances hémorrhoïdaires.

Douleurs trop violentes : nux vomica, arsenicum, capsicum annuum et *sedum acris.*

Nux vomica est indiquée par la douleur d'excoriation, les douleurs sécantes et lancinantes, le sentiment de pesanteur et de constriction, le prurit, le ténesme et la constipation : le *sentiment de constriction* et le *ténesme* caractérisent *nux vomica.*

Arsenicum est indiqué par des douleurs brûlantes et pruriteuses avec exacerbation nocturne. Les tumeurs hémorrhoïdales brûlent comme du feu.

Capsicum annuum répond surtout au ténesme rectal et vésical et aux petites selles diarrhéiques; il faut ajouter les douleurs brûlantes et lancinantes.

Sedum acris, indiqué empiriquement, m'a surtout réussi contre les douleurs spasmodiques de la fissure à l'anus, à la dose de quelques gouttes de la 6e dilution. Souvent on se trouve bien de l'association d'*arsenicum* et de *nux vomica*. *Carbo vegetalis* devra être employé dans des cas analogues à ceux d'*arsenicum*, quand ce dernier aura échoué.

Inflammation phlegmoneuse des tumeurs hémorrhoïdales. Nux vomica est le médicament du début. *Sulfur* pourra être alterné avec *nux ;* il correspond à l'inflammation de l'anus, avec douleurs brûlantes et *lancinantes ;* gonflement de l'anus.

Kali carbonicum et *muriatis acidum* sont indiqués par le volume excessif des tumeurs; *chamomilla*, par des tumeurs ulcérées et suppurantes et douleur insupportable. *Sepia* correspond aussi aux hémorrhoïdes enflammées.

Hémorrhagies anales. C'est l'accident le plus important. Un très-grand nombre de médicaments sont indiqués; nous étudierons les principaux.

Belladona. Hartman l'indique contre des pertes de sang abondantes avec sentiment de brisure dans le sacrum.

Stramonium est mieux indiqué par la matière médicale; il correspond à un écoulement abondant de sang avec caillot.

Phosphorus, médicament antihémorrhagique par excellence; il correspond à un écoulement abondant de sang par l'anus, pendant et après les selles, avec tumeur hémorrhoïdale et ténesme insupportable.

Sabina, préconisé par Hartman, qui semble l'avoir employé avec succès, est indiqué par les hémorrhagies abondantes, surtout chez les femmes qui ont des règles trop fortes.

Phosphori acidum et *muriatis acidum* sont indiqués contre les hémorrhagies avec gonflement douloureux des hémorrhoïdes.

Millefolium, *ipeca*, *tlaspi* ont été employés par *analogie* et à cause de leurs propriétés antihémorrhagiques, mais sans indications spéciales. J'ai eu des succès rapides avec *perchlorure de fer*, 2 gouttes, de la 6e dilution dans 200 grammes d'eau.

Dans un cas qui avait résisté aux médicaments ordinaires j'ai réussi avec le même médicament à l'intérieur à la dose de 10 gouttes dans une potion de 200 grammes. Les lavements

avec 2, 4 et 6 grammes de perchlorure de fer pour 125 grammes d'eau, et enfin la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales avec le fer rouge, sont des moyens externes qu'on est quelquefois forcé d'employer. Les petits lavements froids, conseillés par Montègre aux hémorrhoïdaires, sont d'un bon effet pour prévenir les hémorrhagies.

Hamamelis virginica. Ce grand médicament des affections variqueuses et des hémorrhagies est doublement indiqué dans la maladie hémorrhoïdaire. Il donne d'excellents résultats, particulièrement dans les cas d'hémorrhagies violentes. R. Hughes prétend ne l'avoir jamais vu faillir dans ses mains en pareille circonstance. On l'emploie généralement aux basses atténuations, mais rien ne prouve qu'il ne soit très-efficace aux plus élevées.

Nous avons souvent réussi avec la 3e dilution.

Richard Hughes indique encore :

Asculus hyp. est surtout indiqué quand il y a beaucoup de douleur, peu de sang perdu et de la constipation.

Aloès. On le donnera de préférence dans les cas où les hémorrhoïdes se compliqueront de ténesme rectal avec ou sans dysentérie.

Chelidonium. La seule indication est un « prurit violent » des tumeurs hémorrhoïdales.

Collinsonia. Ce médicament, qui présente de grandes analogies avec *aloès* et *asculus*, correspond à la constipation et aux hémorrhoïdes par suite de l'inertie congestive de l'extrémité du gros intestin ; cet état qui se rencontre souvent dans les mois du milieu et de la fin de la grossesse, est très-amélioré par ce médicament.

Lorsque les tumeurs sont étranglées et menacent d'être frappées de gangrène, il faut tâcher de les réduire : *arsenicum* et *carbo vegetalis* sont les deux médicaments indiqués dans ce cas.

Chute du rectum. On a préconisé *lachesis*, *arsenic*, *sepia*, *ignatia*, *nux vomica*. Les allopathes emploient la *strychnine* en injection sous-cutanée. J'ai réussi dans des cas très-rebelles avec *nux vomica* 6e. Le *spasme du sphincter*, la *fissure* à l'anus demandent

lachesis, *plumbum*, mais surtout *sedum acris*, auquel je dois plusieurs succès. En dernier ressort, on a recours à l'opération.

Les *rétrécissements* du rectum doivent être traités par la dilatation successive à l'aide de bougies en cire.

Traitement de la maladie dans l'intervalle des attaques et pendant la deuxième période. — *Nux vomica* et *sulfur* sont les deux principaux médicaments.

Nux vomica est indiquée par : hyponchondrie avec anxiété, scrupules et impulsions suicides ; vertiges tournoyants à tomber ; céphalalgie occipitale ; épistaxis répétée, précédée de congestion à la tête et à la face ; hématémèse ; hémoptysie avec sang caillé ; affection anale très-caractérisée.

Sulfur. Accès d'hypochondrie avec indifférence pour toute chose ; absence de pensée : vertiges à tomber ; affluence du sang à la tête avec plénitude ; battements, chaleur de la face ; hémorrhagie à siége multiple ; affection anale très-caractérisée.

La *cachexie* réclame *china* et *arsenicum*, les bains *chlorurés-sodiques*, les bains avec addition d'eaux-mères : Salins, Le Croisic, Salies, etc. ; les moyens antihémorrhagiques.

Dans les *formes anomales* et *larvées* il faut employer les médicaments indiqués par les affections viscérales et en plus *nux vomica* et *sulfur*, qui peuvent rappeler l'affection anale. On peut essayer de favoriser l'apparition de celle-ci par des bains de siége chauds et prolongés. Les eaux de Carlsbad, et surtout de Marienbad, celles de Niederbrunn, jouissent de la réputation de régulariser la maladie et sont indiquées dans les formes anomales et larvées.

CHAPITRE IV

DARTRE

Cette espèce morbide est caractérisée par des affections cutanées et des affections viscérales qui alternent ou coïncident. Les affections cutanées sont connues sous le nom de *dartres sèches et humides*. Les affections viscérales sont multiples et va-

riées; les principales sont des catarrhes, des fièvres larvées, des névroses, des affections de l'estomac, etc. Jamais cette unité morbide n'a été bien constituée; la grande difficulté provient des affections cutanées qui sont communes à la goutte, à la scrofule, à la syphilis et à la dartre. Willan et l'école organicienne ont encore contribué à retarder la solution de cette question en créant les *maladies de la peau* et leurs divisions purement anatomiques. J.-P. Tessier, dans ses *Cours* et dans sa *Nosologie*, avait affirmé cette espèce morbide. Bazin a essayé d'en tracer l'évolution : il a distingué les affections cutanées en scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, parasitaire et dartreuse; mais il n'a pas décrit les formes de la dartre.

Division. — La dartre se présente sous quatre formes : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme anomale*, *forme larvée*.

I. Forme commune. — Elle se définit comme l'espèce morbide. Il faut ajouter qu'elle peut se terminer par une cachexie pendant laquelle on voit apparaître des affections cancéreuses de l'estomac et de l'intestin.

1re *période*. Elle est caractérisée par des affections cutanées et catarrhales mobiles et superficielles à marche un peu aiguë. Ce sont des eczémas, l'urticaire, le pityriasis aigu, le zona, l'herpès, avec mouvements fébriles légers; les ophthalmies, et les blépharites avec prurit; des coryzas et des blennorrhées diverses.

2e *période*. A cette période, l'affection cutanée se présente sous deux formes bien distinctes : la dartre sèche et la dartre humide.

Dartre sèche. Le *lichen*, caractérisé par une éruption de papules dues à l'hypertrophie des papilles de la peau; cette éruption est confluente; le *prurigo*, constitué par la même lésion anatomique, mais disséminée; le *pityriasis* et le *psoriasis*, qui ont pour caractéristique une modification de la sécrétion épidermique; dans la première affection, elle produit des *furfur*; dans la seconde, des *squames*.

Les dartres humides siégent dans l'appareil sécrétoire de la

peau; ce sont : l'*eczéma*, caractérisé par des vésieules transparentes, puis des eroûtes molles et jaunâtres; le *pemphigus*, dont la lésion anatomique est une bulle; l'*impetigo*, constitué par des pustules avec participation des glandes sébacées; l'*ecthyma*, formation de pustules avec fausses membranes, croûtes épaisses et noirâtres; le *furoncle*, la même lésion, beauconp plus profonde.

Les affeetions cutanées débutent indistinetement n'importe par quelle région; elles sont extrêmement pruriteuses, superficielles; elles ne détruisent pas les tissus et sont entourées d'un eercle inflammatoire. Ces affections sont très-mobiles : elles alternent entre elles et avec les affections viscérales; elles peuvent disparaître subitement et donner lieu à de véritables *métastases*. Les affections cutanées de la dartre diffèrent des syphilides par un prurit considérable et par leur évolution; les syphilides se *succèdent* dans un ordre à peu près oonstant, tandis que les affections de la dartre *alternent;* l'eczéma du début, par exemple, revient après le prurigo ou le psoriasis.

Parmi les affections viscérales, la dyspepsie joue le principal rôle; viennent ensuite les catarrhes de la muqueuse nasale, broncho-pulmonaire et utéro-vaginale. Ces catarrhes s'accompagnent d'une sécrétion habituellement séreuse, d'autres fois purulente et extrêmement pruriteuse. Des éruptions analogues à celles de la peau se font sur les muqueuses : le conduit auditif, les paupières, les fosses nasales, le pharynx, la vulve, le vagin, le col de l'utérus, le prépuce, sont le siége habituel de ces éruptions. L'ophthalmie, la névralgie, la migraine, la fièvre larvée, l'asthme, sont des affections viscérales fréquentes dans cette période de la dartre. A mesure que la maladie fait des progrès, les affections cutanées et viseérales se généralisent; les métastases deviennent plus graves; la constitution s'altère, et les malades arrivent à la troisième période.

Cachexie. Dans eette période, les affections cutanées et viscérales existent simultanément et ne disparaissent plus. L'affection cutanée est générale; mélange de la dartre sèche et de la dartre humide, elle couvre le malade de la tête aux pieds d'une

éruption où prédominent tantôt les croûtes, tantôt l'exfoliation épidermique. Les affections viscérales peuvent se compliquer du développement du tissu cancéreux : ce sont des cancers de l'estomac et du foie, des tumeurs des ovaires, de la rate. Il survient des affections catarrhales épuisantes. L'amaigrissement est rapide et excessif; la peau jaunâtre, flétrie, plissée, est collée aux os; il survient des infiltrations séreuses, avec ou sans albuminurie, rarement des diarrhées; l'appétit est souvent conservé; la fièvre hectique revient sous le type quotidien, tierce, double-tierce ou quarte; enfin les malades succombent épuisés et finissent souvent dans une syncope.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par le peu d'intensité des affections cutanées et viscérales, et principalement par les intervalles très-prolongés qui séparent l'apparition de ces affections.

III. Forme anomale. — Elle est caractérisée par l'extrême bénignité des affections de la peau et la gravité considérable des affections viscérales, une marche plus rapide et un danger plus grand. Si les malades doivent succomber, les affections cutanées diminuent, puis disparaissent complètement, tandis que l'affection viscérale devient prédominante et amène la mort du malade.

IV. Forme larvée. — Elle est caractérisée par l'absence complète d'affections cutanées. Son histoire repose sur des observations d'affections viscérales, semblables à celles qui surviennent dans la dartre : des migraines, des catarrhes, des dyspepsies, affections développées chez des malades descendant de dartreux et ne présentant aucune affection cutanée. Ces affections viscérales sont excessivement rebelles à tous les traitements.

Étiologie. — La dartre est une maladie de l'adolescence, de l'âge mûr et de la vieillesse. Cependant elle peut débuter prématurément dans l'enfance, sous forme de dartre sèche. Bazin affirme que cette maladie est plus fréquente chez la *femme* que chez l'homme; elle est incontestablement *héréditaire*, et l'on

n'admet plus qu'elle soit *contagieuse* depuis qu'on en a séparé les maladies *parasitaires*.

Les *causes occasionnelles* sont le froid, des frottements; certains aliments; les moules, les écrevisses, etc.; les autres maladies qui ont des manifestations cutanées : les fièvres éruptives, la syphilis, etc. Les *passions tristes* jouent un rôle important dans la production de la dartre.

Traitement. — Le *sulfur* et l *arsenic* sont les deux médicaments principaux de la dartre.

Sulfur répond à des éruptions cutanées et muqueuses très-diverses : papules, vésicules, pustules, squames; inflammation des yeux et des paupières, du conduit auditif, du nez, de la gorge, de la muqueuse génitale. Les affections de sulfur ont pour caractère un prurit excessif, prurit souvent voluptueux et insupportablement agréable, et remplacé par une cuisson prolongée, lorsque le malade s'est gratté. Le soufre répond encore à la plupart des affections viscérales de la dartre : migraine avec afflux de sang à la tête, pharyngite granuleuse, catarrhe et asthme, dyspepsie, névralgie.

Arsenicum. C'est le grand médicament de la dartre; il a dans sa pathogénie prurit brûlant, élancement à la peau, papules, taches et squames; prurit des muqueuses, habituellement avec sécheresse; névralgie, migraine, asthme, fièvres intermittentes et névroses diverses.

Nous reviendrons sur le traitement de chaque affection en particulier : indiquons seulement la *sepia*, la *silicea*, et surtout le *manganesium* dans le traitement de la dartre sèche; le *tartarus*, le *graphite*, le *rhus*, et surtout la *clematis erecta* contre la dartre humide.

Les eaux minérales sont souvent conseillées avec succès dans le traitement de la dartre. Cette médication est encore presque complètement empirique et difficile à préciser à cause de la confusion des affections scrofuleuses et des affections dartreuses. Il est évident que les eaux arsenicales et sulfureuses doivent tenir ici le premier rang, et qu'on se décidera, par le genre du prurit, par la nature des affections cutanées et viscé-

rales. Les eaux de Loueche, qui ne sont ni sulfureuses, ni arsenicales, ont cependant une très-grande importance dans le traitement de la dartre.

Les eaux minérales ne doivent jamais être administrées pendant la période aiguë ou subaiguë de l'affection cutanée, car ces eaux agissent toutes homœopathiquement, c'est-à-dire qu'elles augmentent d'abord l'affection extérieure pour la guérir ensuite; enfin, elles sont particulièrement précieuses dans la *dartre anomale*, parce que souvent elles ont la puissance de rappeler et de fixer la lésion cutanée, et de guérir ainsi les affections viscérales; les eaux de Loueche jouissent, sous ce rapport, d'une réputation méritée.

CHAPITRE V

SYPHILIS

La syphilis est une maladie constitutionnelle constituée par des lésions multiples : ulcérations, indurations, adénites, nécroses, caries, etc. Elle a pour caractère distinctif de ne se développer jamais sous l'influence de causes générales ; la contagion est toujours nécessaire : dans la syphilis acquise, c'est le malade lui-même qui est contaminé; dans la syphilis héréditaire, c'est le générateur qui l'a été.

L'unité de la syphilis a été constituée par la séparation des deux autres maladies vénériennes : la blennorrhagie et la sycose. Dans ces derniers temps, l'inintelligence des *formes* de la maladie a remis cette unité en discussion, et l'on a voulu faire deux espèces de syphilis : *chancre mou* et *chancre dur*. Mais ces deux manifestations de la syphilis se rattachent à la même espèce morbide, et la preuve en est donnée par la clinique qui a établi sur des faits désormais incontestables : 1° que le chancre mou pouvait engendrer le chancre dur, et réciproquement; 2° que le chancre mou pouvait exceptionnellement être suivi d'accidents secondaires, comme le chancre dur.

Division. — La syphilis se présente sous cinq formes dis-

tinctes : 1° la *forme commune;* 2° la *forme bénigne;* 3° la *forme maligne* ou *phagédénique;* 4° la *forme héréditaire ;* 5° la *forme épidémique.*

Dans cette description, nous emprunterons souvent des pages entières au livre de notre ami le Dr J. Davasse.

I. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par l'absence d'accidents consécutifs. La maladie parcourt son évolution tout entière dans la partie contaminée, et dans un temps relativement fort court; c'est la forme la plus contagieuse.

Dès les premiers jours après l'époque de la contagion, et dans la localité de l'insertion virulente, il se développe un ou plusieurs chancres, dont le nombre peut *augmenter successivement*, soit par une auto-inoculation, soit par une continuation d'action de la cause morbide. Ces chancres débutent soit sous forme d'érosions superficielles, soit de vésicules, soit de pustules ecthymateuses, de petits tubercules furonculeux, aboutissant à l'ulcération plus ou moins arrondie, toujours *molle*, à fond grisâtre, à bord taillé à pic. Ces ulcérations s'entourent d'une auréole sombre, s'élargissent, se confondent souvent par leur circonférence, suppurent, et, au bout de cinq à six semaines, finissent par se cicatriser spontanément. Dans les deux tiers des cas, la maladie est comprise tout entière dans l'évolution de ces ulcérations ; autrement elle sévit sur les ganglions voisins, qui se tuméfient, s'enflamment, suppurent et constituent le *bubon*. Celui-ci peut être simplement inflammatoire ou, au contraire, être virulent. Dans ce dernier cas, son pus est inoculable, il s'ulcère et arrive bien plus difficilement à la cicatrisation.

Les accidents de la forme bénigne de la syphilis sont : la *gangrène* de l'ulcération ou du bubon; l'état *diphthéritique*, et plus rarement l'état *phagédénique*. Dans la forme bénigne, le phagédénisme n'est qu'un accident qui cède assez rapidement au traitement.

La cicatrisation des ulcères obtenue, la résolution des engorgements ganglionnaires accomplie, tout est terminé dans la forme bénigne de la syphilis.

Cette forme siége presque constamment sur les parties génitales ; cependant elle peut se développer à la face. Malgré le caractère excessivement contagieux du pus de la syphilis bénigne, cette forme ne se transmet presque jamais à l'enfant pendant l'accouchement.

II. Forme maligne ou phagédénique. — Caractérisée par le phagédénisme de l'ulcération primitive, par l'absence à peu près complète d'affections consécutives et par une cachexie très-considérable.

Cette forme débute d'une manière insidieuse; il n'existe d'abord qu'un chancre sans caractère particulier, et qui se cicatrise rapidement quand il ne doit pas devenir lui-même le point de départ de phagédénisme. Dans ce cas, c'est le bubon suppuré qui devient le siége de l'ulcération serpigineuse. Néanmoins, quel que soit son point de départ, l'ulcère s'allonge, ses lèvres s'amincissent, se frangent, se contournent, bordées d'un limbe diffus, sombre et livide; le fond mollasse, saignant, grisâtre ou parsemé de crêtes fongueuses, de détritus pultacé, et baigné dans ses anfractuosités d'une sanie de mauvaise nature. Quand il a acquis une certaine étendue, il continue à s'accroître seulement par une de ses extrémités, tandis que l'autre présente des rudiments de cicatrisation. C'est ainsi que, rampant de proche en proche et contournant sous forme de spire les régions sur lesquelles il est placé, cet ulcère sordide détruit des portions considérables du gland, perfore l'urèthre, et, sur les membres, dénude quelquefois les os et les tendons. De temps en temps une tendance à la cicatrisation se manifeste; celle-ci même est quelquefois presque complète. Puis le travail d'ulcération recommence, détruit la cicatrice et continue sa marche envahissante. Ces ulcérations sont excessivement douloureuses et accompagnées de la formation d'un pus qui reste indéfiniment inoculable. Sous l'influence des douleurs et d'une ulcération qui dure des années, la *cachexie* se prononce avec des œdèmes, des hémorrhagies, et la mort est assez souvent la terminaison de cette forme de la syphilis; d'autres fois elle guérit après des années, et laisse au malade des cicatrices

indélébiles, et souvent des infirmités. Quelquefois on voit apparaître, après des années, quelques accidents secondaires insignifiants; mais le plus souvent toute la maladie se trouve concentrée dans l'évolution de l'ulcère primitif.

III. Forme commune. — Elle présente l'évolution complète de la maladie; c'est la syphilis classique. On a divisé la succession de ses symptômes en trois périodes : *accidents primitifs*, *secondaires* et *tertiaires*. Ajoutons un état *cachectique* qui peut se développer pendant le cours des accidents constitutionnels.

Le point de départ constant de la forme commune est le **chancre**. Ce chancre, qui apparaît le plus souvent quelques semaines après l'infection, commence par une rougeur bientôt papuleuse ou pustuleuse, remplacée par une ulcération qui, dans les premiers jours, n'offre pas de caractères spéciaux.

Quand le chancre est produit par l'inoculation d'accidents secondaires, l'incubation est bien plus longue : elle est souvent de quatre semaines, et l'ulcération débute habituellement par une véritable papule.

Dans les semaines qui suivent, le chancre subit très-souvent des modifications importantes : il s'*indure* ou se transforme en *plaques muqueuses*, en même temps que la pléiade ganglionnaire s'engorge. Induration, plaques muqueuses, engorgement ganglionnaire, sont des signes certains de syphilis constitutionnelle.

L'*induration* peut être profonde, *induration huntérienne :* elle donne la sensation d'une lentille doublant l'ulcération; elle peut être *superficielle*, *parcheminée*, *annulaire*, sous forme d'un bourrelet; enfin elle peut manquer complètement au col de l'utérus et à l'anus. Cette induration manque fréquemment chez la femme, où la transformation suivante est plus fréquente.

Plaques muqueuses. — Le chancre, pendant sa période de cicatrisation, devient plus saillant, s'entoure d'un bourrelet lisse et rose, tandis que le centre grisâtre et non cicatrisé présente encore les caractères du chancre. Enfin la cicatrisation,

marchant de la circonférence au centre, transforme le chancre en une saillie tuberculeuse, regulière, recouverte entièrement d'une pellicule rosée et suintante.

Enfin l'*engorgement ganglionnaire* est le compagnon obligé du chancre, et il lui survit; ces engorgements suppurent bien plus rarement que dans la forme bénigne.

Symptômes secondaires. — Ils se divisent naturellement en trois périodes : *prodromes, éruptions* et *lésions organiques.* Les prodromes consistent en malaise, mouvement fébrile indéterminé, lassitude, céphalalgie, alopécie ; la peau est terne, flétrie; le visage vieilli ; puis les éruptions commencent de la sixième semaine au troisième mois, depuis le chancre primitif, par la *roséole ;* éruption exanthématique apparaissant d'abord sur la poitrine, et se généralisant bientôt. Le *lichen*, caractérisé par des papules isolées ; la *varicelle*, dont la lésion est une vésicule ombiliquée ou non, et entourée d'un cercle livide, sont des éruptions contemporaines. Signalons encore, dans cette période, le *mal de gorge*, avec plaques muqueuses ; les croûtes du cuir chevelu, avec chute des cheveux et développement des ganglions de la nuque et du cou ; la *mentagre*, mais surtout la *couronne de Vénus*, éruption siégeant au front et constituée à la fois par un exanthème, des papules et des vésicules.

A une époque plus éloignée du début appartiennent : les éruptions *squameuses* de la paume des mains et de la plante des pieds, analogue au *psoriasis ;* les *syphilides pustuleuses*, et en particulier l'*ecthyma*, pustules ou groupe de pustules reposant sur un fond violacé, déterminant une ulcération profonde et des cicatrices indélébiles ; l'*ecthyma* siége habituellement aux membres inférieurs ; les *syphilides tuberculeuses* de la peau ou des muqueuses, constituées par des noyaux intra-épidermiques de la peau ou des muqueuses, terminées par des ulcérations profondes avec destruction des parties ; quelquefois dénudation et carie des os : c'est le *lupus* syphilitique. A cette période appartiennent encore l'*onyxis,* affection de la matrice de l'ongle ; l'*iritis,* avec son anneau vasculaire caractéristique ; enfin le *sarcocèle* syphilitique, dû à l'épaississement inégal et comme

noueux du tissu des testicules; plus tard, cette altération se généralisant, transforme le testicule en une tumeur dure, uniforme, qui peut se ramollir et suppurer par places; les deux testicules sont habituellement pris successivement ou simultanément.

Les symptômes secondaires de la syphilis sont contagieux. Ce fait a été mis hors de doute et par des faits cliniques incontestables et par des inoculations.

Symptômes tertiaires. — Plus tardifs que les précédents, plus profonds et plus graves, ils ne sont plus contagieux.

La peau ne présente guère qu'une affection à cette époque : c'est le *rupia* avec ses croûtes coniques, épaisses, concentriques et verdâtres. La lésion la plus fréquente siége dans le tissu cellulaire : c'est la *gomme syphilitique*, tumeur arrondie de la grosseur d'une cerise à celle d'une noix, suppurant lentement, difficilement, et donnant lieu à des ulcérations interminables. Le système musculaire est le siége des *contractures;* ces contractures peuvent siéger aux sphincters. Le système osseux est atteint directement dans cette période : ce sont d'abord les *douleurs ostéocopes*, aggravées par la chaleur du lit; des *périostoses*, des *exostoses*, des *caries*, des *nécroses*. Parmi les principales affections produites par l'ostéite syphilitique, citons la *perforation de la voûte palatine*, la *carie du vomer*, des *os propres du nez*, de l'*apophyse montante* du maxillaire supérieur, de la *voûte orbitaire*, du *bord alvéolaire* des maxillaires, d'où naissent des infirmités incurables.

A une époque plus avancée apparaissent des affections viscérales dont chacune constitue des maladies graves : c'est la *phthisie laryngée* et la *phthisie pulmonaire*, dont la lésion est constituée par des ulcérations et des gommes syphilitiques; les tumeurs syphilitiques du *cœur*, du *foie*, des *reins*, des *ovaires*, des *vésicules séminales;* puis des scléroses du tissu nerveux qui, suivant leur siége, déterminent des symptômes d'*ataxie locomotrice*, d'*aliénation mentale*, des accidents *choréiformes* et *épileptiformes*.

La *cachexie* survient plus ou moins tardivement, quelquefois

dès la seconde période. La *consomption sèche* est le mode le plus commun de la cachexie syphilitique. Voici ses symptômes : perte des forces, de l'appétit ou du sommeil; amaigrissement; peau sèche, brunâtre, écailleuse, ridée; fièvre hectique; apparition de purpura. La mort arrive par une complication aiguë : pneumonie gangréneuse, pleurésie hémorrhagique, etc.; par un accident dépendant d'une affection du larynx ou du cœur; par épuisement comme dans les autres cachexies. Telle est la description de la *forme commune*, complète et régulière. Mais cette forme présente un grand nombre de *variétés*, constituées soit par l'absence de certains groupes de symptômes, soit par leur apparition hâtive ou tardive.

IV. Syphilis héréditaire. — Elle présente deux variétés : celle qui se développe très-peu de temps après la naissance, ou *congénitale*, et celle qui n'apparaît que plusieurs années après la naissance, ou *héréditaire proprement dite*.

Syphilis congénitale, qu'il ne faut pas confondre avec la *syphilis acquise* dans les premiers jours de la vie ; cette dernière ne diffère pas des formes déjà décrites. La syphilis congénitale, aiguë dans sa marche, très-grave dans son pronostic, apparaît habituellement de la première semaine au septième mois ; mais elle peut se développer pendant la vie intra-utérine ou, au contraire, attendre que l'enfant ait atteint 12 à 15 mois. Éminemment *contagieuse*, cette forme est caractérisée par l'apparition simultanée d'affections secondaires et tertiaires.

Un certain nombre d'enfants naissent en pleine cachexie syphilitique; ils offrent alors un aspect caractéristique : amaigris, sans force; les téguments des membres violacés; ceux de la face d'un jaune bistré, comme produit par du marc de café; la peau flasque, ridée; ils ont l'aspect sénile et *semi-cocti*, comme dit Fallope. Un grand nombre naissent avec les apparences de la santé; puis bientôt ils maigrissent, dorment mal; des ragades, des pustules, des plaques muqueuses se développent, précédées ou accompagnées des affections viscérales décrites dans la forme commune. La mort est la terminaison

fréquente de cette forme, parce que la cachexie est toujours imminente.

Syphilis héréditaire proprement dite. — Elle se développe soit pendant la deuxième dentition, soit à la puberté, soit même à une époque plus avancée de la vie. Elle est caractérisée par le développement d'une ou de plusieurs affections tertiaires ; elle n'est pas contagieuse.

L'habitude extérieure des enfants atteints de syphilis héréditaire tient à la fois de la scrofule et du rachitisme. Ils grandissent tard, sont pâles, émaciés ; la dentition est peu avancée. Les deux dents incisives supérieures présenteraient un caractère spécial ; elles sont plus petites que les autres, offrent à leur bord libre des entailles verticales, et sont d'une mauvaise couleur. Ces enfants présentent des difformités rachitiques, des glandes engorgées. Souvent l'affection syphilitique ressemble à une affection scrofuleuse ; c'est un ulcère interminable ou une carie ; la carie affecte habituellement les os propres du nez, la voûte palatine, les apophyses montantes, ou bien quelques autres points du squelette où nous avons déjà signalé des affections syphilitiques. Les douleurs sont plus vives, la suppuration moins abondante, les engorgements ganglionnaires moins considérables que dans les affections scrofuleuses, avec lesquelles la syphilis héréditaire présente tant de rapports. Signalons encore une affection plus spéciale ; c'est une *kératite interstitielle*, qui obscurcit complètement la cornée de l'un des yeux, pour se résoudre ensuite complètement pendant que l'autre œil se prend à son tour. Cette affection ne se résout pas toujours et peut se terminer par la cécité.

Notons encore, à propos de la syphilis héréditaire, la transmission possible à la mère par l'intermédiaire du fœtus. Dans cette variété, un père atteint de syphilis constitutionnelle ne présentant aucun accident actuellement contagieux, cohabite impunément avec sa femme jusqu'au moment où le coït devient fécondant. La syphilis constitutionnelle se transmet alors du fœtus à la mère.

V. Forme endémique et épidémique. — La grande *épidémique* du XVe siècle était caractérisée par des éruptions plus abondantes et plus graves, par des excroissances considérables, par des mutilations et des cicatrices plus fréquentes, par une localisation moins restreinte à la sphère génitale, enfin par une puissance contagieuse plus grande.

On retrouve encore aujourd'hui cette forme à l'état *endémique*, sous les noms de *pian*, *frambœsia*, *radzyge*, etc.

Traitement. — La *forme bénigne* ne réclame pas d'autre traitement que celui des ulcérations simples et des engorgements ganglionnaires inflammatoires qui les accompagnent. Cautérisation abortive au début. Plus tard, pansement avec le vin aromatique. Cataplasme sur l'ouverture des bubons suppurés.

La *forme phagédénique* offre des difficultés considérables; elle est aggravée par le mercure et nullement modifiée par l'iodure de potassium. *Nitri acidum*, *silicea* et *arsenicum*, sont les trois médicaments principaux. Leur dilution élevée, la 30e, réussit au moins aussi souvent que les doses massives ; mais il faut joindre à ce traitement des applications externes : cautérisation avec le fer rouge, l'acide nitrique, la teinture d'iode, mais principalement les pansements avec une pommade contenant de l'*arsenic* au 1000e. Les soins hygiéniques les mieux entendus sont ici nécessaires pour aider à la médication.

Hydrastis canadensis. Ce médicament des ulcérations de mauvaise nature nous semble ici parfaitement indiqué *intus* et *extra* : à l'intérieur, aux plus basses dilutions, et à l'extérieur en solution d'abord au 100e, puis au 10e.

La *forme commune* demande comme médicaments principaux : *mercurius*, *iodium* et *kali hydriodicum*, *nitri acidum*, *aurum*, *staphysagria* et *sulfur*.

Mercurius convient presque exclusivement pendant la période des accidents secondaires. Il est tellement efficace dans ce cas qu'il a été longtemps considéré comme *spécifique*. Suivant notre expérience personnelle, les doses, quoique très-petites, doivent être pondérables. Nous prescrivons le plus souvent de 1 jusqu'à

5 centigrammes de *corrosivus* dans 300 grammes d'eau, trois cuillerées par jour. Il y a encore quelques cas où nous sommes obligé d'élever les doses. *Nitri acidum* convient aussi à cette période, après *mercurius*. La trentième dilution nous a presque toujours suffi ; mais, si les bons effets tardaient à se produire, il faudrait abaisser les doses. *Iodium* et *kali hydriodicum* conviennent à la fin de la deuxième période et pendant toute la troisième. Les doses ici sont encore bien incertaines. *Kali hydriodicum* à dose ordinaire, c'est-à-dire de 1 à 3 grammes par jour, produit de merveilleux résultats, qu'on n'a pas le droit de passer sous silence, et nous n'avons jamais vu les doses fortes amener d'accidents sérieux. D'un autre côté, en étudiant comparativement les doses diverses, j'ai obtenu des résultats très-rapides avec *iodium* à la 30e et même à la 500e dilution. Il est donc convenable de débuter par les fortes doses, surtout dans les cas où le mal fait des progrès rapides et menace de faire des ravages irréparables. *Aurum* répond à la syphilis constitutionnelle avancée, et spécialement aux ostéites, avec carie, nécrose ou exostose. Empiriquement, ce médicament est employé après *kali hydriodicum*, demeuré insuffisant ; il a donné de très-bons résultats. J'emploie souvent le muriate d'or aux plus basses dilutions, 1re centésimale ou même décimale, répété quatre fois par jour. Dans certains cas encore indéterminés, *aurum* 30 réussit très-bien.

La *syphilisation* a produit quelques bons résultats. Elle consiste dans l'inoculation plus ou moins répétée du pus syphilitique chez des malades atteints d'accidents secondaires ou tertiaires rebelles aux moyens ordinaires de la thérapeutique.

La *forme commune* de la maladie ne se développant habituellement qu'une fois chez le même sujet, on a proposé l'inoculation syphilitique comme un bon moyen prophylactique, comme une sorte de *vaccine* de la variole. Mais ici l'inoculation fait courir trop de risques au sujet pour qu'on puisse introduire ce moyen dans la pratique.

La *forme congénitale* demande principalement *mercurius*. Dans la thérapeutique ordinaire, on est obligé d'administrer ce mé-

dicament à la nourrice; mais nous pouvons donner le médicament directement grâce aux ressources de notre admirable échelle posologique.

CHAPITRE VI

SCROFULE

Sous le nom de *strumes*, les anciens ne décrivaient que les écrouelles. L'espèce scrofule a été constituée par Sauvages et Kortum. Perdue par l'école organicienne, elle a été rétablie par Tessier et Milcent. Bazin n'a fait que copier et amplifier ce dernier auteur.

Définition. — De l'ordre des maladies constitutionnelles, la scrofule est constituée par des affections multiples ayant pour caractères principaux : la tendance à la chronicité, à l'ulcération, à la suppuration et à la formation de matières tuberculeuses, principalement dans les ganglions lymphatiques. Les principales affections scrofuleuses sont : les écrouelles, les ophthalmies, les caries, les tumeurs blanches, les affections cutanées et la phthisie pulmonaire.

Division. — La scrofule présente quatre formes à étudier : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* et la *forme fixe primitive*. Nous rejetons la *forme larvée* de Bazin, attendu que les cas qui la constitueraient rentrent dans la forme maligne ou n'appartiennent à aucun titre à l'histoire de la scrofule.

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par l'évolution complète de la maladie, par une marche chronique à longue période, par la multiplicité des affections.

On décrit généralement un tempérament scrofuleux pouvant faire prévoir le développement ultérieur de cette maladie. Bazin, dans un tableau où la fantaisie a sa bonne part, dit que les scrofuleux présentent quelque chose d'excessif : ils sont trop grands ou trop petits, trop intelligents ou imbéciles, trop

gras ou trop maigres, trop rosés ou blafards, sujets à la boulimie ou à l'anorexie, enclins à l'amour ou trop froids.

La forme commune présente trois périodes (Milcent).

1re *période* — Invasion. La scrofule débute habituellement pendant la première dentition, très-rarement avant ; quelquefois après sept ans, mais presque toujours alors à l'occasion d'une rougeole ou d'une influence étiologique considérable.

Cette période est caractérisée par des affections superficielles siégeant à la peau ou sur les muqueuses.

Les éruptions cutanées de la période d'invasion (scrofulides de Bazin) sont sèches ou humides. A ces dernières appartiennent les eczéma, les achores, les impétigo, siégeant particulièrement à la face, au cuir chevelu, et connus du vulgaire sous le nom de *croûte de lait*. Aux éruptions sèches se rattachent les érythèmes, le prurigo, le lichen, le psoriasis et l'acné. Toutes ces éruptions ont pour caractère spécifique le développement des ganglions de la sphère cutanée atteinte.

Les affections des muqueuses sont : le coryza habituel lié à l'impétigo des narines et de la lèvre supérieure, affections qui déterminent le gonflement de ces parties et la formation du *mufle scrofuleux ;* des otorrhées, rebelles, séro-purulentes, et encore sans carie ; des blépharites et des orgeolets fréquents; l'ophthalmie scrofuleuse encore bénigne, des pharyngites granuleuses avec hypertrophie des amygdales, des bronchites catarrhales, des diarrhées, des balanites; des leucorrhées et des vulvites chez les petites filles. Les enfants scrofuleux sont quelquefois très-gros, souvent ils sont malingres. On dit que leur dentition est tardive et difficile et qu'ils marchent tard. Ces deux derniers caractères, suivant nous, appartiennent au rachitisme, maladie essentiellement différente de la scrofule.

2e *période.* — Les affections deviennent plus graves. Les *écrouelles* annoncent habituellement le début de cette période ; elles sont d'abord constituées par la tuméfaction douloureuse et par l'induration des ganglions lymphatiques du cou ; ces ganglions se ramollissent, suppurent et restent ulcérés indéfiniment : les ganglions lymphatiques de l'aisselle, de l'aine,

peuvent présenter des lésions identiques. Les affections de la peau sont plus profondes que dans la première période. Elles présentent plusieurs variétés : la *scrofulide inflammatoire*, ou *impetigo rodens;* la *scrofulide pustuleuse*, ou *ecthyma;* la *scrofulide fibro-plastique*, le *lupus*, les tubercules de la peau. Les ophthalmies de cette période sont très-graves : elles s'accompagnent d'ulcères de la cornée et sont suivies de taies plus ou moins épaisses et de la perte de la vue. La facies est pâle, triste, indifférent ; les malades sont mous, apathiques, paresseux. Les abcès froids, les tumeurs lacrymales avec carie de l'os unguis, les caries des phalanges, servent de transition avec la troisième période.

3e *période.* — Elle est caractérisée par les affections graves des viscères et des os et par la production de tubercules : c'est la période des écrouelles énormes, ulcérées, tuberculeuses ; des tumeurs blanches, du mal de Pott, des caries du sternum et des côtes, du spinosa ventosa, des tubercules du cerveau, des méningites ultimes, de la phthisie ganglionnaire, du carreau, des pleurésies et des péritonites tuberculeuses, des diarrhées chroniques, des tumeurs de l'ovaire, des tumeurs mixtes du foie, du pancréas, des mamelles et des testicules ; du mal de Bright, de la maladie d'Addison.

4e *période.* — Cachexie. Dans la forme commune, la cachexie n'arrive qu'après la troisième période ; elle a des caractères tout à fait spéciaux : facies pâle, décoloré, terreux, bouffi ; peau molle, flasque, pendante ; pas d'amaigrissement excessif; infiltration séreuse; la fièvre hectique avec sueur colliquative est très-rare, à moins d'une phthisie pulmonaire coexistante ; la peau est sèche et aride ; l'appétit se conserve longtemps ; le flux colliquatif le plus habituel de la scrofule est la diarrhée ; les forces diminuent chaque jour; les malades sont dans une indifférence profonde et très-souvent meurent par syncope.

En résumé, voici l'évolution de la forme commune. Pendant la dentition un enfant présente des achores ou croûtes de lait et se rétablit parfaitement ; vers 7 ans, il est pris d'ophthalmie et d'écrouelles qui guérissent à la puberté; de 18 à 20 ans,

ophthalmie grave ; de 25 à 30 ans, phthisie, tumeur blanche, mal de Pott et caries diverses.

Mais cette évolution régulière et complète ne se rencontre pas constamment. Une période peut manquer complètement, et c'est habituellement la première qui fait défaut ; enfin des circonstances étiologiques puissantes peuvent modifier l'évolution type que nous avons donnée, soit en faisant éclore la scrofule dans un âge plus avancé, soit, ce qui est plus important, en imprimant à la marche des accidents une rapidité inaccoutumée.

II. Forme bénigne. — Elle est constituée par des affections superficielles, guérissant parfaitement, et ne revenant qu'à de longs intervalles. On n'observe dans cette forme ni tubercules, ni affections viscérales ; des croûtes de lait, des blépharites, des ophthalmies légères ; des écrouelles qui ne suppurent pas ou qui guérissent facilement constituent toute la maladie. A la puberté ces malades guérissent complètement et offrent toutes les apparences d'une forte constitution. Seulement les hommes ne supportent pas la fatigue, les femmes sont sujettes à l'avortement, à la dysménorrhée, à la leucorrhée et vieillissent de bonne heure. Les uns et les autres sont sujets aux catarrhes, aux engelures, à l'acné, etc., mais surtout ils engendrent des enfants plus sujets que les autres à la méningite tuberculeuse et à la phthisie pulmonaire.

III. Forme maligne ou scrofule aigue. — Elle se caractérise par la production de tubercules, et surtout par une marche très-rapide.

La scrofule aiguë est constituée par le développement rapide et presque simultané des affections scrofuleuses les plus graves et revêt jusqu'à un certain point les allures du farcin. Ce sont des abcès multiples ; des écrouelles énormes suppurées ou non ; des caries rapides et simultanées de plusieurs pièces du squelette ; puis des phthisies, des méningites, des péritonites, des pleurésies à marche rapide.

IV. Forme fixe primitive. — Elle se caractérise par une seule affection habituellement très-grave et qui constitue toute la maladie. La tumeur blanche, le mal de Pott, la carie d'un os, le carreau, les tubercules du cerveau, l'albuminurie, la maladie d'Addisson, le lupus, la méningite de la base; les pleurésies et les péritonites suppurées; l'ophthalmie profonde avec perte de l'œil; peut-être l'angine couenneuse, mais surtout la *phthisie pulmonaire*, constituent la forme fixe primitive. Quoique l'existence isolée d'une seule affection constitue bien réellement cette forme, il n'est pas rare de voir apparaître, surtout pendant la cachexie, différentes affections scrofuleuses et en particulier des pleurésies, des péritonites, et principalement des diarrhées tuberculeuses.

Cette forme présente de nombreuses variétés suivant la lenteur ou la rapidité de sa marche. La phthisie pulmonaire qui peut tuer en quelques semaines, durer deux ou trois ans ou se prolonger presque indéfiniment, est un exemple des profondes différences que nous offre la forme fixe primitive.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la scrofule peuvent se rattacher à l'hypertrophie, à l'ulcération et à la suppuration qui sont des inflammations chroniques et au tubercule. Ces lésions, qui ont pour caractère la chronicité, se suppléent quelquefois et alternent les unes avec les autres. Ainsi les eczéma et les impétigo alternent avec les ophthalmies; la méningite peut remplacer les écrouelles, etc.

Les *hypertrophies* scrofuleuses s'observent principalement dans les ganglions lymphatiques, où elles sont constituées par l'augmentation de l'élément cellulaire (hyperplasie). Ces hypertrophies sont susceptibles d'une résolution complète.

L'*ulcération* qui s'observe principalement à la peau, mais quelquefois aussi sur les muqueuses, se combine le plus souvent avec l'hypertrophie des tissus ulcérés et se complique facilement de phagédénisme.

Les *suppurations* scrofuleuses produisent le plus souvent un pus séreux et contenant des grumeaux de matière caséeuse.

L'ulcération et la suppuration reçoivent le nom de *carie* dans

le système osseux. La carie scrofuleuse se présente sous trois aspects : *carie simple*, *carie avec séquestre*, *carie tuberculeuse*. La première est constituée par l'infiltration sanguine du tissu osseux, avec raréfaction de ce tissu et hypertrophie de la membrane médullaire. L'infiltration purulente succède à l'infiltration sanguine, et il résulte de ces désordres un état fongueux des os, qui sont ramollis, ulcérés, et laissent échapper une suppuration sanieuse, noirâtre, et contenant de petits débris osseux.

La carie avec séquestre ou fausse nécrose se distingue de la précédente parce qu'elle s'accompagne de la mortification d'une portion osseuse très-notable et présente ainsi la réunion de la carie et de la nécrose.

La carie tuberculeuse est déterminée par le dépôt de matière tuberculeuse dans le tissu osseux. Cette matière tuberculeuse est collectée en un point ou infiltrée dans le tissu osseux. Dans ce dernier cas elle s'accompagne d'une hypertrophie interstitielle qui constitue une sorte d'éburnation et se termine par la nécrose.

Le *spina ventosa* est une lésion propre aux os longs et cylindriques, elle est constituée par l'hypertrophie de la membrane médullaire et l'amincissement considérable de la partie compacte du cylindre osseux.

Le *tubercule* est un produit morbide caractéristique de la scrofule. Dans un grand nombre de cas cette lésion est tellement prédominante que Tessier l'a considérée comme formant la lésion spéciale d'une maladie qu'il a appelée la *diathèse tuberculeuse*. Cette opinion est adoptée aujourd'hui par un très-grand nombre de médecins; cependant nous nous sommes décidé à faire du tubercule une affection scrofuleuse : 1° parce que les scrofuleux engendrent des phthisiques et réciproquement les phthisiques engendrent des scrofuleux; 2° parce que les phthisiques en très-grand nombre ont été atteints d'affections scrofuleuses bénignes dans leur enfance ; 3° parce que les cas dans lesquels la phthisie ne présente aucun signe de scrofules antécédentes ou concomitantes peuvent rentrer dans la forme maligne au même titre que la méningite tuberculeuse,

ou dans la forme fixe primitive comme le mal de Pott ou la tumeur blanche. Enfin le caractère de chronicité qu'on a voulu attribuer à la phthisie scrofuleuse est entièrement faux. Les scrofuleux peuvent présenter et présentent en effet toutes les formes de la phthisie depuis la plus aiguë jusqu'à la plus chronique.

L'histoire anatomique des tubercules sera mieux placée à propos de la phthisie pulmonaire.

Rapports de la scrofule avec d'autres maladies. La scrofule et la syphilis marchent séparément sur le même individu ; seulement elles s'aggravent réciproquement. La scrofule favorise le phagédénisme, et la syphilis est souvent l'occasion d'adénites qui deviennent le point de départ d'affections scrofuleuses.

La *goutte* et le *rachitisme* excluent habituellement la scrofule. Quant à la *teigne faveuse,* décrite si longtemps comme une affection scrofuleuse, elle est rangée aujourd'hui parmi les affections parasitaires; seulement les scrofuleux offrent un terrain très-favorable à son développement.

Étiologie. — L'hérédité de la scrofule est incontestable; mais elle n'est pas fatale, et il y a des individus qui échappent à cette influence. La consanguinité ou l'âge avancé des époux favorise l'action de cette cause. Sont-ce les enfants qui ressemblent au producteur scrofuleux qui héritent plus facilement de la maladie? Sont-ce les premiers ou les derniers nés?

La scrofule n'est pas *contagieuse*, ou tout au moins elle ne semble pas inoculable, puisque les tentatives faites dans ce sens sont restées infructueuses.

Nous devons cependant tenir compte de l'inoculation du tubercule aux animaux; ce fait a une importance considérable dans l'étiologie de la scrofule.

En traçant l'évolution de la scrofule, nous avons dit tout ce qu'il était utile de dire relativement à l'*âge* où la scrofule se développe. Le *sexe* féminin est plus sujet à la scrofule que le *sexe* masculin.

Quant au *tempérament*, ce sont surtout, d'après Bazin, les

individus bruns, aux formes sèches et grêles, qui, en France, présentent le plus grand nombre de scrofuleux. L'opinion qui attribue à la *race blonde* une grande disposition à la scrofule est un préjugé physiologique. La race blonde est certainement la plus forte et la plus énergique de toutes les races humaines.

La scrofule est une maladie de la *zone tempérée;* elle est aussi fréquente en Espagne qu'en France et en Angleterre; elle est inconnue en Islande et paraît aussi complètement étrangère à la zone torride.

L'habitation dans les grandes villes, les logements humides, obscurs, mal aérés, sont des causes occasionnelles très-énergiques de la scrofule. L'alimentation insuffisante ou trop exclusivement animale, les excès vénériens, les grossesses trop rapprochées, et principalement les allaitements trop prolongés, sont encore des causes dont il faut tenir grand compte. La fièvre typhoïde, la coqueluche, mais principalement la rougeole, prédisposent à la scrofule.

Traitement. — La prophylaxie est très-importante dans le traitement de la scrofule. L'allaitement prolongé, le séjour à la campagne, surtout au bord de la mer, l'habitation dans un appartement bien aéré, en plein soleil, une nourriture abondante et variée, les exercices du corps, les bains et les lotions froides, sont les meilleures conditions pour éviter le développement de cette maladie.

Traitement de la forme commune. Comme nous devons revenir, en faisant l'histoire des affections scrofuleuses, sur le traitement de ces affections, nous n'exposerons ici que les indications des principaux médicaments qui sont indiqués dans les scrofules.

Dulcamara, viola tricolor conviennent dans la première période; ils correspondent aux dartres humides, siégeant particulièrement à la tête et à la face avec gonflement des ganglions cervicaux. J'emploie toujours ces médicaments à la 3e dilution et je les alterne souvent.

Conium maculatum convient dans les mêmes cas; mais dans

une période plus avancée il correspond aux écrouelles indurées, avec gonflement ganglionnaire; au goître; à l'eczéma humide, avec prurit considérable; aux affections des yeux, avec photophobie excessive; à l'otorrhée. Sa sphère d'action s'étend même à la troisième période de la scrofule, puisqu'il correspond à la carie des phalanges et à celle du sternum.

Dans la scrofule arrivée à sa troisième période, les principaux médicaments sont : *silicea, sulfur, hepar sulfuris, iodium* et *calcarea.*

Silicea est le grand médicament de la scrofule; il correspond aux pustules avec croûtes, aux ulcères, surtout quand ces affections siégent à la tête et aux extrémités : c'est le médicament des écrouelles suppurées et ulcérées. Il compte parmi ses symptômes le gonflement du ventre et du nez et la marche tardive chez les enfants. Le coryza épais; les otorrhées avec ou sans carie; la leucorrhée; les diarrhées chroniques; les ophthalmies avec ulcération de la cornée; les abcès froids; les suppurations prolongées avec carie des phalanges, des apophyses mastoïdes, des clavicules, des os longs; les tumeurs blanches; la phthisie avec expectoration purulente considérable, indiquent l'emploi de la silicea. La suppuration des os et des parties molles est la caractéristique de ce médicament.

Sulfur, employé traditionnellement dans le traitement de la scrofule, est indiqué par les symptômes suivants : horreur du mouvement, grande fatigue, frilosité, gonflement du nez et du ventre, éruptions diverses, avec gonflement des glandes, gonflement des os et jointures. Sulfur a guéri bon nombre de caries et de tumeurs blanches.

Hepar sulfuris est indiqué par des éruptions pustuleuses, par les glandes indurées et suppurées, par les affections des yeux, des os, des jointures et des viscères. Les dartres et les indurations sont les indications principales de ces deux médicaments.

Iodium, si généralement employé aujourd'hui, est avec *silicea* le meilleur médicament de la scrofule. Le gonflement et l'induration des glandes, l'amaigrissement avec boulimie, une tendance à la méningite tuberculeuse, sont les signes principaux

qui doivent servir pour choisir ce médicament. Cliniquement il correspond à la carie, aux épanchements pleurétiques, à la phthisie, au tubercule. Il ne faut pas négliger l'action de l'iode dans le traitement des suppurations scrofuleuses avec ou sans carie. Les injections faites avec la teinture d'iode pure ou plus ou moins étendue d'eau, suivant la sensibilité des malades, sont d'un excellent effet pour empêcher la fièvre hectique, modérer la suppuration et amener des guérisons souvent inespérées.

Les sels des *Eaux-Mères*, dont le principe actif semble être le *bromure de iodium*, nous ont paru, depuis quelques années, devoir être substitués à *iodium* dans le traitement de la scrofule. Nous l'administrons de la 1re à la 3e trituration centésimale à la dose de 10 centigrammes en deux fois dans la journée. Nous continuons ce médicament pendant plusieurs mois dans le cas de scrofule arrivé à sa troisième période.

Calcarea correspond surtout aux affections viscérales, à la phthisie avec diarrhées chroniques, quoiqu'il trouve encore son indication dans les caries et les tumeurs blanches.

Dans les *cachexies* amenées par de longues suppurations des viscères ou des membres, *arsenicum* rend quelquefois d'incontestables services ; les diarrhées excessives, la lientérie, l'œdème des membres, un amaigrissement et une faiblesse excessive avec angoisse et agitation nocturne, sont les principales indications de l'arsenic.

Aurum, *argentum*, *mezereum*, *asa fœtida*, ont été employés avec succès, surtout dans le traitement des caries scrofuleuses.

Je dois quelques succès à *argentum oxydatum*, en particulier dans le traitement d'abcès froid et de carie des métacarpiens chez une femme sujette à d'affreuses métrorrhagies.

Hydrastis canadensis nous a donné d'excellents résultats dans des cas de lupus. C'est un médicament qui n'a pas été assez employé en France. Il guérit aussi les ulcères scrofuleux ou scrofulides (Voyez ce médicament au traitement de la syphilis phagédénique).

Les *eaux minérales* sont très-souvent fort heureusement employées dans le traitement de la scrofule. Les eaux sulfureuses

les eaux chlorurées sodiques et iodées, sont le plus souvent prescrites, mais les indications en sont encore bien vagues.

Les chlorurées sodiques faibles, *Bourbonne*, *Balaruc; Uriage* et *Saint-Gervais* surtout, qui sont en même temps un peu sulfureuses, conviennent dans la première période de la scrofule et comme prophylaxie.

Les *bains de mer froids*, lorsqu'ils sont bien supportés et qu'ils peuvent être prolongés pendant au moins quinze minutes, constituent la meilleure prophylaxie de la scrofule.

Les *eaux sulfureuses* des Pyrénées sont principalement indiquées dans la scrofule confirmée avec prédominance des affections cutanées.

Mais les eaux fortement salines administrées sous forme de bains avec addition des *Eaux-Mères* constituent le meilleur traitement de la scrofule. On trouve ces eaux à *Kreuznach*, *Salins*, *Salées* et dans plusieurs localités de la Suisse. Mais la station du *Croisic* présente un double avantage de permettre les bains de mer chauds additionnés d'*Eaux-Mères* très-riches en bromure de sodium et de placer le malade dans l'atmosphère marine qui constitue déjà un des meilleurs traitements de la scrofule.

DEUXIÈME CLASSE

DIATHÈSES

C'est une classe de maladie caractérisée par l'unité du produit morbide et la multiplicité du siége. Nous en décrirons trois : la diathèse cancéreuse, la diathèse purulente et la diathèse épithéliale.

CHAPITRE PREMIER

CANCER

Définition. — Le cancer est une maladie caractérisée : 1° par l'évolution dans un ou plusieurs points de l'économie du *tissu cancéreux;* 2° par la facile reproduction des affections qui ont été enlevées ou détruites; 3° par le développement fréquent d'une cachexie particulière.

Le *tissu cancéreux* est un produit morbide sans analogue, organisé, s'étendant par la désorganisation et la transformation en sa propre substance des tissus voisins et s'ulcérant indéfiniment.

On reprochera peut-être à notre définition du *cancer* et du tissu *cancéreux* d'être purement *clinique* et de ne pas avoir de *sens histologique* précis. Nous répondrons que c'est tant pis pour l'histologie si elle n'est pas un complément de la clinique et si elle est devenue une sorte de science à part, n'ayant aucune application pratique. Nous ajouterons que lorsque les études micrographiques seront moins imparfaites, l'histologie reprendra son rôle légitime et utile dans l'histoire des *lésions*. Avec notre définition du *cancer*, il est impossible de confondre cette maladie avec aucune autre, et avec notre définition du *tissu cancéreux*, on distingue nettement ce tissu de tous les autres produits pathologiques. Nous les maintenons donc dans leur intégrité.

Dans notre examen critique de la *théorie cellulaire*, nous avons dit ce que nous entendions par tissu *homologue* et tissu *hétérologue*. Nous n'y reviendrons pas ici.

Division. — Le cancer présente à étudier quatre formes bien

distinctes et qui, de tout temps, ont attiré l'attention des médecins : la *forme commune*, la *forme aiguë*, la *forme chronique* et la *forme bénigne*, ou *noli me tangere*.

I. Forme commune. — La forme commune du cancer est caractérisée par la succession des périodes suivantes : 1° tumeur ou engorgement pouvant rester stationnaire pendant un temps plus ou moins long ; 2° ulcération, puis marche rapide de cette tumeur; 3° cachexie et production de tumeur cancéreuse dans divers points de l'économie.

Cette forme est parfaitement tranchée ; c'est elle qui a servi à faire l'histoire du cancer en général, et c'est sur la succession de ces symptômes que les auteurs ont basé leurs descriptions et leurs théories.

Première période. — Le premier symptôme qui annonce l'invasion du cancer, lorsque cette maladie se localise sur un organe accessible au toucher, est l'apparition d'une tumeur circonscrite ou d'un engorgement. La tumeur cancéreuse, au début, est petite, dure, mobile, inégale, rénitente, insensible à la pression et rarement douloureuse spontanément. L'engorgemen est plus ou mains diffus, il occupe tout un organe ou seulement une partie de cet organe, il en augmente habituellement le volume ; mais quelquefois cependant il le diminue dans certains points qui acquièrent alors une dureté excessive. L'engorgement cancéreux présente, du reste, les mêmes modifications de consistance, de forme et de sensibilité que la tumeur cancéreuse. La tumeur comme l'engorgement cancéreux contracte rapidement des adhérences avec les téguments ; c'est là un signe diagnostique d'une grande valeur.

Lorsqu'au contraire l'affection cancéreuse qui marque le début de la maladie siége sur un viscère, elle se révèle par des symptômes divers, tels qu'hémorrhagies, douleurs, etc., ou bien encore par le trouble des fonctions de l'organe malade; mais ces désordres varient avec les affections cancéreuses, et ne peuvent être décrits qu'avec elles.

Ces engorgements et ces tumeurs constituent la première période du cancer; période dont la durée, fixée habituellement

à trois ou quatre ans, est quelquefois plus considérable et peut s'étendre à dix, douze et quinze ans et plus. Pendant tout ce temps, il n'existe pas d'autres symptômes que la tumeur ou l'engorgement cancéreux, et la santé des malades semble parfaite.

Cependant nous devons excepter les cancers des viscères et ceux de l'estomac en particulier dont la première période est infiniment plus courte et qui s'accompagnent quelquefois d'un commencement de cachexie dès le début de la maladie ; mais ce sont là des exceptions, et on peut dire, d'une manière générale, que la première période de la forme commune du cancer est caractérisée par un symptôme unique, la présence de la tumeur ou de l'engorgement que nous avons décrit plus haut.

2e *période.* — C'est habituellement sous l'influence de l'âge, d'une inflammation ou d'une fluxion de l'organe affecté et aussi sans cause appréciable que débute la deuxième période. La tumeur se développe, augmente de volume, devient inégale, bosselée, pesante, douloureuse, s'entoure de veines volumineuses, et revêt enfin tous les caractères de l'affection que les anciens appelaient *cancer occulte.*

L'augmentation de volume de la tumeur ou de l'engorgement cancéreux se fait suivant deux modes bien distincts : ou bien cet accroissement est peu considérable, se fait lentement, et s'accompagne d'une dureté plus grande de la tumeur, ou bien, au contraire, l'accroissement est plus rapide, le volume énorme, la consistance variable dans les différents points. Dans ce dernier cas, la tumeur est généralement molle, élastique et comme fluctuante ; mais toujours ces tumeurs cancéreuses sont fort pesantes pour leur volume, ce qui les fait distinguer des lipomes et tumeurs solides avec lesquels elles pourraient être confondues. Le développement rapide de la tumeur s'accompagne souvent de tous les signes d'une congestion locale. Quelquefois l'accroissement de volume se fait tout à coup, et la tumeur présente alors plusieurs points fluctuants. L'anatomie pathologique de ces tumeurs démontre que ces subites augmen-

tations de volume sont dues à des hémorrhagies interstitielles.

Les *bosselures* sont un des caractères les plus constants du cancer à cette époque de son développement. Elles sont toujours inégales dans leur *volume* et dans leur *consistance*.

En même temps que la tumeur augmente de volume, elle contracte des adhérences avec les parties voisines; elle cesse d'être mobile. La peau, envahie dans sa région profonde, rougit d'abord, et prend bientôt une teinte violacée plus ou moins sombre. Cependant certaines tumeurs, qui grossissent assez rapidement, distendent la peau plutôt qu'elles ne l'envahissent, et ne contractent d'adhérence que fort tard.

Ces progrès de l'affection cancéreuse s'accompagnent presque toujours de douleurs spontanées qui, d'abord fugaces, deviennent plus tard presque permanentes. Elles sont souvent *lancinantes*, mais elles peuvent revêtir les autres caractères de la douleur; quelquefois elles sont atroces; elles sont très-variables dans leur intensité et s'irradient habituellement dans diverses directions.

Si la tumeur est le siége de mouvements fluxionnaires ou inflammatoires, les ganglions lymphatiques voisins se tuméfient et deviennent douloureux. Cette tuméfaction peut diminuer ou même disparaître, mais elle ne tarde point à revenir. Les ganglions forment alors des tumeurs en chapelet ou agglomérées, qui subissent plus ou moins rapidement la transformation cancéreuse. Lorsqu'au contraire la marche des accidents ne s'accompagne ni d'inflammation ni de congestion, les ganglions ne se prennent pas.

Les progrès des tumeurs cancéreuses qui siégent sur des viscères situés profondément se révèlent à l'observation par des douleurs, des hémorrhagies, par des troubles non-seulement dans les fonctions de l'organe lésé, mais aussi dans celles des organes voisins qui se trouvent comprimés par la tumeur ou rendus immobiles par des adhérences nouvelles. C'est à cette période, par exemple, que les fonctions de la vessie sont troublées par le cancer de l'utérus chez la femme, du rectum chez l'homme. C'est alors que les cancers de l'estomac se propagent au foie ou au péritoine et déterminent des ictères, des hydro-

pisies, des douleurs abdominales, des inflammations adhésives des intestins entre eux ou avec d'autres organes, et des troubles fonctionnels en rapport avec ces lésions.

Tels sont les phénomènes qui caractérisent la deuxième période du cancer pendant les premiers mois de sa durée. Puis tous ces symptômes peuvent se suspendre et le médecin espérer que la maladie va redevenir stationnaire, mais au bout d'un certain temps, elle reprend sa marche fatale. Il peut y avoir ainsi plusieurs rémissions avant l'ulcération de la tumeur. Cette marche périodique n'est pas constante, et quelquefois les symptômes se succèdent d'une manière continue.

Arrivée au point où nous l'avons laissée, la tumeur ou l'engorgement cancéreux ne tarde point à s'ulcérer. Cette ulcération se produit de deux manières différentes : rapidement et par une large ouverture, ou au contraire lentement et presque d'une manière insensible. Dans le premier cas, il se forme dans la tumeur, soit des crevasses hémorrhagiques, soit des foyers inflammatoires et des suppurations partielles. Les téguments déjà adhérents à la tumeur se perforent, et il s'écoule de la tumeur tantôt un liquide puriforme sanguinolent, et contenant des débris plus ou moins reconnaissables de tissu cancéreux, tantôt un sang pur plus ou moins abondant.

L'autre mode d'ulcération des affections cancéreuses est le plus fréquent : il s'observe surtout dans les engorgements et dans les tumeurs de petit volume qui revêtent une dureté considérable ; mais on peut aussi l'observer sur des tumeurs grosses, molles et rapidement développées. Il a lieu lentement et par une sorte d'exulcération qui se fait à la peau dans l'endroit le plus altéré et qui ne s'étend et ne se propage que fort lentement.

Arrivée à ce point, l'affection locale ne rétrograde plus, l'ulcération fait des progrès incessants qui ne se bornent jamais spontanément. L'ulcération envahit peu à peu, et quelquefois rapidement, d'autres parties de la tumeur, tandis que celle-ci se propage aux tissus voisins, tant en profondeur qu'en largeur, les convertit en sa propre substance et les dispose à l'ulcération ; aucun tissu, aucun organe ne borne l'envahissement

de cette affection. Les os qui sont usés ou repoussés par les autres tumeurs sont transformés par celle-ci, et au bout d'un temps plus ou moins long, l'ulcère présente une très-large surface.

L'ulcération cancéreuse présente des caractères divers, mais toujours elle repose sur un fond dur; toujours elle a une marche envahissante, jamais elle ne se cicatrice : souvent ces ulcérations marchent rapidement et présentent un fond inégal, creusé d'excavations donnant naissance à des végétations noirâtres, mollasses et saignantes qui souvent prennent rapidement un développement considérable et forment des masses irrégulières, pédiculées, qui ont reçu le nom de champignons cancéreux. Ces champignons, qu'ils soient enlevés par le chirurgien ou détruits par la gangrène, se reproduisent avec une rapidité incroyable. Souvent la surface ulcérée se creuse d'excavations irrégulières plus ou moins profondes : ces excavations sont dues habituellement à la réunion de l'ulcère extérieur avec des foyers hémorrhagiques ou inflammatoires préexistants dans les points profonds de la tumeur; quelquefois aussi elles sont dues à des mortifications partielles. La gangrène, qui détruit ainsi partiellement la tumeur cancéreuse, peut aussi la détruire complètement, et c'est un point sur lequel nous reviendrons. C'est cette ulcération à marche rapide qui présente de vastes surfaces d'où s'écoule un ichor fétide, noirâtre, jaune, vert, et de temps à autre sanguinolent. Souvent elle est le siége d'hémorrhagies qui coulent en bavant, et quelquefois par jet, mais qui, dans tous les cas, sont fort difficiles à réprimer.

D'autres fois, l'ulcération cancéreuse marche plus lentement et s'accroît par un travail plus régulier sans produire ni végétation, ni excavation profonde; ses bords sont épais, durs, renversés, d'un rouge pâle, et son étendue est moins considérable que celle de la précédente, l'ichor qui s'en écoule est moins abondant, les hémorrhagies y sont moins fréquentes.

Mais ces deux aspects différents de l'ulcération cancéreuse peuvent se rencontrer à des époques diverses d'une même affection. Le premier se produit toutes les fois qu'il survient des in-

flammations ou des congestions dans la partie malade, soit que ces accidents dépendent de la marche de la maladie, soit qu'ils aient été provoqués par des violences extérieures, des applications irritantes ou caustiques, etc., etc.

3e *période.* — Nous avons dit que la cachexie pouvait se manifester dans toutes les périodes de la maladie. Mais elle arrive habituellement après l'ulcération de la tumeur. Elle est loin de se présenter toujours avec le même degré d'intensité, mais on peut toujours la reconnaître aux phénomènes suivants : teinte livide ou jaune-paille des téguments, amaigrissement et bouffissure du tissu cellulaire, troubles digestifs divers, et enfin, multiplication des tissus cancéreux.

La cachexie commence habituellement par une décoloration des téguments, décoloration qui est surtout manifeste aux ouvertures muqueuses de la face; en même temps l'appétit et le sommeil diminuent; il y a quelquefois de la diarrhée; la faiblesse fait des progrès et l'amaigrissement commence; puis, et assez rapidement, la coloration livide remplace la pâleur que nous avons signalée. Cet état peut persister pendant quelque temps sans augmenter considérablement et même ne pas augmenter jusqu'à la mort, qui arrive tout d'un coup par une syncope ou par une maladie intercurrente.

Mais ordinairement, à tous ces symptômes, vient se joindre un mouvement fébrile irrégulier, caractérisé surtout par la fréquence du pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau. Les paroxysmes mal définis et irréguliers ont surtout lieu la nuit; ils sont caractérisés par l'augmentation des douleurs, qui deviennent extrêmement violentes, profondes, ostéocopes, intolérables, et siégent sur divers points du corps. La perte du sommeil, de l'appétit, jointe à la diarrhée, qui quelquefois a revêtu à cette époque le caractère colliquatif, jettent les malades dans un amaigrissement considérable. En même temps apparaissent des œdèmes de nature variable : des affections des veines, et le muguet, signe avant-coureur de la mort.

Lorsqu'il se manifeste des hémorrhagies considérables pendant la cachexie, celle-ci affecte un caractère particulier. C'est

alors que les malades sont décolorés, bouffis, extrêmement faibles, essoufflés, et présentent en un mot tous les symptômes de l'anémie. La teinte des téguments affecte, dans ce cas, une coloration jaune-paille plus ou moins claire.

C'est à cette période de la maladie qu'apparaissent, dans différents points du corps, des tumeurs cancéreuses qui, dès leur début, sont molles et élastiques, grossissent rapidement et arrivent bientôt à l'ulcération. Les ganglions lymphatiques, engorgés depuis longtemps, s'ulcèrent alors, et souvent leur ulcération va se réunir à l'affection primitive. Mais un phénomène qui caractérise encore la période de cachexie, c'est qu'indépendamment de l'ulcération des ganglions engorgés et de la multiplication des tissus cancéreux dans les viscères, il se produit du cancer dans les veines. Un cordon dur et douloureux se forme sur le trajet d'une veine ; les parties d'où naît cette veine s'infiltrent, et à l'autopsie on trouve dans ces veines des caillots en voie de transformation cancéreuse. Nous devons ajouter que les affections veineuses sont tantôt des phlébites, tantôt, d'après l'école moderne, constituées par la coagulation spontanée du sang. Ces caillots, formés en dehors de toute phlébite, seraient la source possible d'*embolie* et de la mort par asphyxie rapide ou par syncope.

La mort, dans la forme commune du cancer, arrive de quatre manières différentes :

Ou bien les malades, épuisés par les évacuations colliquatives, le mouvement fébrile, les douleurs nocturnes et les hémorrhagies, arrivent, par degré et sans accidents nouveaux, au terme fatal ;

Ou bien ils meurent tout d'un coup et sans que le dépérissement soit bien avancé : dans ce cas, l'autopsie démontre qu'ils ont succombé à une syncope;

D'autres fois, la mort arrive par le fait d'une phlegmasie intercurrente, siégeant ordinairement sur le poumon ou sur la plèvre ;

Enfin, et à toutes les périodes de la maladie, la mort peut survenir à la suite d'accidents déterminés par le siége de l'affection. Tels sont les hémorrhagies foudroyantes causées par la

destruction d'un tronc artériel volumineux; les péritonites déterminées par les perforations de l'estomac; les accidents de compression déterminés par les fongus de la dure-mère, etc.

La guérison ne survient jamais sans l'ablation ou la destruction préalable de l'affection primitive. Cette destruction peut être spontanée; elle est alors produite par la gangrène de la totalité de la tumeur.

Sans discuter ici la question de l'opération du cancer, nous devons dire que, lorsqu'il y a récidive après l'ablation d'une tumeur cancéreuse, les accidents marchent habituellement avec une grande rapidité et déterminent promptement la cachexie et la mort.

Anatomie pathologique. — Le tissu cancéreux est sans analogue, organisé; il s'étend par la transformation et la désorganisation des tissus voisins; il s'ulcère indéfiniment.

Il présente plusieurs variétés :

1° L'*encéphaloïde*. Par sa vascularisation, sa consistance et ses bosselures, il ressemble grossièrement au tissu cérébral; il est d'autant plus mou et d'autant plus vasculaire qu'il s'est développé plus rapidement et présente souvent des foyers sanguins à divers degrés d'évolution, il peut s'enflammer, suppurer ou tomber en gangrène.

2° Le *squirrhe*. Plus dur, à peine vasculaire au début, variable d'aspect avec les tissus qu'il transforme lentement en sa propre substance. Il s'ulcère en restant dur ou se transforme en encéphaloïde et se ramollit.

3° La *mélæna*, dont la couleur noire est due au dépôt d'un pigment granulé et qui est souvent mélangé d'encéphaloïde.

4° Le *colloïde*, composé d'une matière parfaitement transparente et amorphe, qui diffère de la gélatine et de toutes les matières connues. Le colloïde se vascularise graduellement et se transforme en encéphaloïde.

5° Le *fongus hématode*. C'est un tissu éminemment vasculaire, qui contient dans ses mailles du tissu encéphaloïde; ce tissu est quelquefois le siége d'un bruit de souffle.

On a cherché la *cellule cancéreuse*, c'est-à-dire un élément qui

permît d'*unifier* les différentes variétés du tissu cancéreux. Les micrographes sont revenus de leur illusion et reconnaissent qu'il y a des tissus cancéreux qui ne présentent pas la cellule caractéristique. Quoi qu'il en soit, voici les caractères de cette cellule quand elle existe.

Les *cellules cancéreuses* sont variables dans leur forme et leur grandeur. Sphériques, ellipsoïdes, en raquette, leur volume varie de 0,007 à 0,06^{mm}, elles contiennent des noyaux qui varient de 0,015 à 0,005^{mm}. Ces noyaux existent quelquefois en très-grande abondance en dehors des cellules et sont libres dans la tumeur. Presque tous les noyaux contiennent des nucléoles qui varient de 0,002 à 0,003^{mm}.

Ces différentes variétés de tissus cancéreux peuvent-elles servir à constituer des formes, des espèces particulières de cancer? Nous ne le croyons pas. Seulement il faut savoir que la *mélæna*, le *colloïde* et le *fongus hématode* se rencontrent comme l'*encéphaloïde* dans des tumeurs cancéreuses à marche rapide et à repullulation fatale, tandis que le *squirrhe* et l'*épithélioma* appartiennent presque exclusivement aux formes chroniques et relativement bénignes.

On rencontre, plus particulièrement chez des sujets jeunes, des tumeurs cancéreuses qui se multiplient et se reproduisent facilement, constituées entièrement par de la *mélæna*.

En résumé, les histologistes les plus récents désignent, sous le nom de *carcinome*, ce que nous avons décrit sous le nom de cancer, et ils ont le tort de décrire comme des maladies tout à fait différentes les *épithélioma*, les *tumeurs fibro-plastiques*, les *enchondromes*, qui récidivent si souvent après l'opération et pullulent sous la forme même de *carcinome*.

Histologiquement, le *carcinome* est constitué par un *stroma* fibreux circonscrivant des espaces alvéolaires dans lesquels on trouve des éléments anatomiques divers plongés au milieu du suc cancéreux. Ces éléments anatomiques sont constitués par des cellules très-variables de forme et de grandeur : cellules rondes, hexagonales, à raquette, fusiformes ; souvent les cellules comprimées les unes par les autres imitent la forme des cellules épithéliales pavimenteuses. Elles contiennent des noyaux

en nombre variable, quelques-unes (cellules-mères), en ont jusqu'à vingt. Aucune de ces cellules ne constitue un élément anatomique spécial au cancer.

Le tissu cancéreux se développe aux dépens des solides et des liquides coagulables du corps vivant. Ce développement se fait avec inflammation, congestion ou en dehors de ces deux modes pathogénétiques. Le tissu cancéreux varie avec son mode de développement; toutes les variétés peuvent se rencontrer dans la *forme commune* de la maladie. Les tissus cancéreux disséminés pendant la cachexie ne sont pas dus à des *métastases mécaniques;* ils se sont développés là où on les observe.

I. Forme aigue. —La forme aiguë du cancer est caractérisée : 1° par une tumeur ou un engorgement dont l'extension et l'accroissement sont extrêmement rapides ; 2° par un mouvement fébrile qui apparaît habituellement dès le début ; 3° enfin, par la terminaison fatale au bout de quelques mois. Il faut distinguer avec soin cette forme du cancer des récidives qui surviennent à la suite de l'ablation d'une affection cancéreuse. Ces récidives marchent habituellement beaucoup plus vite que l'affection primitive ; mais cela ne suffit pas pour constituer la forme aiguë du cancer. Il faut encore distinguer cette forme de certaines affections de la forme commune, dans lesquelles la situation de la tumeur cancéreuse amène une mort très-rapide : ainsi le cancer de la glotte, par exemple.

Le cancer aigu débute par une tumeur qui marche rapidement; cette tumeur, développée fréquemment dans les grandes cavités splanchniques, prend un développement considérable, et on peut chaque jour en constater les progrès ; elle est généralement molle, et présente presque toujours une fluctuation plus ou moins manifeste dans plusieurs points qui contiennent du sang épanché ou de l'encéphaloïde extrêmement mou. Habituellement la mort survient avant que la tumeur ait atteint la peau ou une muqueuse, et par conséquent avant son ulcération ; mais, quand ce travail a le temps de se produire, il marche avec une extrême rapidité. La fièvre se manifeste le plus souvent dès le début, la peau est sèche et brûlante, et, dans

certains cas, on a constaté un redoublement le soir. Les douleurs sont très-variables, quelquefois excessives, intolérables; elles hâtent la fin des malades; d'autres fois elles sont nulles. Le marasme, la teinte de la peau et les autres phénomènes de la cachexie, se montrent de bonne heure, marchent rapidement et sont très-accusés. Cependant la multiplication du tissu cancéreux, dans des points éloignés de l'affection primitive, n'est pas un fait très-commun dans cette forme.

Les malades meurent ainsi épuisés par les progrès de la maladie au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Anatomie pathologique. — Le tissu cancéreux que l'on rencontre dans cette forme du cancer est très-mou et très-vasculaire : c'est celui que l'on appelle encéphaloïde mou. Il est quelquefois crémeux, peu vasculaire, diffluent, et a été comparé à la laite de poisson. (Voir une observation du cancer aigu dans ma thèse inaugurale.)

II. Forme chronique. — Elle est caractérisée : 1° par une marche très-chronique et rémittente, dont les exacerbations sont suivies d'un état stationnaire très-long; 2° par l'absence de la cachexie cancéreuse ou par son extrême bénignité quand elle existe.

Les premiers symptômes qui marquent le début du cancer chronique sont assez semblables à ceux qui marquent le début de la forme commune; mais l'affection primitive marche avec une extrême lenteur. Les fluxions et les mouvements inflammatoires sont fort rares dans les tumeurs de cette nature. Après avoir tardivement contracté des adhérences avec la peau, elles s'ulcèrent; mais l'ulcération cancéreuse, dans ce cas, marche avec lenteur, les ganglions voisins deviennent rarement le siége d'un engorgement inflammatoire ou cancéreux. La cachexie se montre à peine, la vie s'écoule, et les malades meurent, avant que le cancer ait fait de grands progrès, d'une maladie qui lui est tout à fait étrangère.

Quand les malades vivent longtemps, la cachexie se manifeste par une teinte de la peau; jamais elle ne les empêche de

se livrer à leurs occupations ; seulement ils portent une tumeur ou un ulcère qui les gêne par son poids, par sa position, ou par l'ichor fétide qui s'en écoule. Quelques-uns de ces cancers finissent par diminuer de volume en même temps qu'ils deviennent plus durs (cancer atrophique), mais ils ne disparaissent jamais complètement.

Il peut se développer des tissus cancéreux dans d'autres points de l'économie, mais ce fait n'est point constant.

Le tissu cancéreux, dans cette forme, est dur, fibreux, peu vasculaire et comparable à celui qui constitue la tumeur dans la première période de la forme commune.

III. Forme bénigne. *Noli me tangere* (cancroïde, cancer épithélial). — Cette forme de cancer a été généralement décrite sous le nom d'*ulcère chancreux* du visage, parce que c'est sur cette partie du corps qu'on l'observe le plus souvent ; mais elle peut se montrer également dans tous les points où une membrane muqueuse s'unit avec la peau. Ainsi on la rencontre à l'anus, à la vulve et sur le col de l'utérus chez la femme, au pénis chez l'homme. A la face, le *noli me tangere* siége surtout aux limites des principales ouvertures, aux lèvres, aux narines et sur le bord des paupières.

Cette forme du cancer est caractérisée : 1° par son siége dont nous venons de parler ; 2° par l'extrême bénignité de l'affection locale pendant la plus grande partie de sa durée ; 3° par les progrès rapides de cette affection, quand, par une circonstance quelconque, elle sort de l'état stationnaire ; 4° par l'absence de la cachexie pendant presque toute la durée de la maladie ; 5° enfin par le caractère propre de la lésion, qui est constituée pendant longtemps par des cellules épithéliales.

Cette forme du cancer débute de deux manières différentes. Le plus souvent elle commence par un petit bouton ; d'autres fois l'ulcération se produit sur une surface endurcie, mais qui ne fait point tumeur.

Le bouton cancéreux ressemble à une verrue. Il est recouvert d'une croûte ; quand cette croûte tombe ou est arrachée, on trouve dessous un petit ulcère dont la surface est presque

sèche. Ce petit bouton augmente très-lentement, et si on évite de l'irriter, il reste longtemps stationnaire ; enfin il s'accroît, sa base s'élargit, l'ulcération s'étend peu à peu ; mais, quand elle a atteint une muqueuse, elle fait des progrès très-rapides. Alors la maladie entre dans sa seconde période, elle est constituée maintenant par un ulcère rongeur qui va s'étendant chaque jour et qui détruit rapidement de grandes parties ; la cachexie finit par s'établir, et les malades succombent ayant perdu une partie de la face ou des organes génitaux.

Quelquefois la maladie débute directement par un ulcère ou par des fissures irrégulières à bords durs et inégaux. Ces ulcères sont quelquefois le siége d'hémorrhagies et de douleurs lancinantes. Ils ont pour caractère distinct de ne jamais se cicatriser ; ils sont presque toujours uniques. Ce qui permet de les distinguer des ulcères syphilitiques et scrofuleux qui peuvent siéger dans les mêmes régions. Cependant il existe des observations incontestables d'épithélioma ayant déterminé la transformation encéphaloïde des ganglions et la cachexie cancéreuse. Ces faits prouvent surabondamment que le cancer épithélial est de la même espèce que les autres cancers.

La durée de la première période peut être fort longue, celle de la seconde ne l'est jamais beaucoup. Cependant, tant que les signes de la cachexie ne se sont pas montrés, la vie n'est pas immédiatement menacée ; mais une fois la cachexie établie la mort ne tarde pas à survenir.

Anatomie pathologique. — Le *noli me tangere* est caractérisé anatomiquement par une tumeur dans laquelle on retrouve des cellules semblables à celles de l'épiderme. Ce sont véritablement des *cellules épithéliales ;* mais, quand la maladie a fait des progrès et que la cachexie s'est développée, on retrouve dans ces cancers le tissu et la cellule encéphaloïde.

L'opinion qui arrive à placer sérieusement le *noli me tangere* à côté des verrues et des cors aux pieds n'est pas soutenable. En effet, le *noli me tangere* est caractérisé par une petite tumeur qui s'ulcère indéfiniment, qui peut se reproduire après les opérations les plus attentives, qui détermine quelquefois l'engor-

gement de ces ganglions lymphatiques et la transformation de ces ganglions en tissu encéphaloïde, et enfin qui se termine par la cachexie cancéreuse et la mort; par conséquent le *noli me tangere* est un cancer, quels que soient d'ailleurs les caractères microscopiques que présente son tissu.

Étiologie. — Les causes occasionnelles qui peuvent déterminer l'apparition du cancer sont très-peu connues.

Les grands chagrins, les passions tristes ont généralement été regardés comme des causes occasionnelles de cancer, mais jamais ces assertions n'ont été prouvées.

Les coups, les irritations quelconques portés sur un organe ne déterminent de cancer que chez les cancéreux.

L'*âge* de la vie est un phénomène dont il faut certainement tenir compte dans l'étiologie du cancer; ainsi c'est généralement de trente-cinq à cinquante ans que la maladie cancéreuse se manifeste; mais cette période n'est point absolue, et il n'est pas rare de rencontrer des cancers même avant la puberté; cependant il faut observer que l'âge semble dans ces cas avoir une notable influence sur la localisation du cancer. Ainsi, ce sont en général des cancers de l'œil ou des bourses que l'on observe dans cette période de la vie.

L'hérédité, bien que son influence ait été exagérée, est une condition qu'il ne faut point négliger.

Quant à l'influence du *sexe* et à la fréquence plus grande du cancer chez la femme ou chez l'homme, c'est une question presque insoluble, et du reste sans importance.

Quant aux petites tumeurs accidentelles, aux *nævi materni*, elles dégénèrent quelquefois en cancer.

Traitement. — Nous avons vu que la mort était la terminaison naturelle du cancer, et qu'il n'y avait d'exception à cette règle que dans les cas où l'affection avait été enlevée ou détruite. Il est donc complètement inutile d'exposer les indications des diverses médicaments préconisés dans le traitement du cancer, puisqu'ils sont tous notoirement inefficaces. Cependant un certain nombre de médicaments employés à doses infinitésimales

males, et d'après la loi de similitude, réussissent assez bien à enrayer pour un temps la marche du cancer.

Les principaux de ces médicaments sont : *arsenicum*, *conium maculatum* et *iodium*. Tous les trois ont été vantés outre mesure et considérés comme de véritables spécifiques. Nous indiquerons, à propos de chaque affection cancéreuse en particulier, quels sont les médicaments qui peuvent, sinon guérir la maladie, du moins combattre certains symptômes et reculer, dans des limites malheureusement très-bornées, l'issue fatale du cancer.

La seule question que nous traiterons ici sera celle des indications et des contre-indications de l'opération dans le cancer.

On sait combien les médecins sont divisés sur cette opération du cancer ; les travaux des anatomo-pathologistes et des micrographes ont presque tous été entrepris pour chercher la solution de ce difficile problème, et nous pouvons dire hardiment que cette solution n'a pas encore été trouvée. Dans notre thèse inaugurale, nous avions cherché à résoudre cette question à l'aide des formes de la maladie, et nous croyons que là seulement se trouvera la solution tant cherchée. Nous disions à cette époque : il ne faut opérer ni le cancer aigu, ni le cancer chronique, parce que le premier s'accompagne de phénomènes cachectiques dès son début, et que la reproduction cancéreuse est extrêmement rapide ; parce que le second est compatible avec une existence très-prolongée. Nous posions ce précepte qu'il fallait toujours opérer le *noli me tangere* dans sa première période, et nous pouvons constater que les recherches des micrographes n'ont fait que confirmer ce précepte traditionnel de la chirurgie. Restait et reste encore la forme commune, pour laquelle il est très-difficile de poser des règles sérieuses d'opération.

Les micrographes ont-ils trouvé la solution du problème ? on a pu le croire un instant. La cellule cancéreuse a été (par hypothèse) considérée comme la caractéristique du tissu cancéreux ; les tumeurs qui ne présentaient pas cette cellule ont été isolées sous le nom de pseudo-cancers (tumeur fibro-plastique épithéliale), d'où on a déduit ce précepte en apparence très-

rigoureux : opérer les pseudo-cancers, n'opérer jamais le cancer à cellules. Mais les tumeurs fibro-plastiques ont souvent récidivé, amenant la cachexie et la mort comme de véritables cancers, ce qui renverse de fond en comble l'hypothèse d'une cellule cancéreuse caractéristique et pouvant servir à guider le chirurgien dans la question si délicate du cancer. En résumé, nous conseillons de s'abstenir de l'opération dans le cancer aigu et dans le cancer chronique; l'opération devra encore être évitée dans la forme commune toutes les fois que les tumeurs sont multiples, ou que la tumeur unique est très-volumineuse (Dupuytren), enfin quand la maladie est entrée dans la période de la cachexie.

En dehors de ces circonstances, nous n'avons plus aucune règle positive pour nous guider, à moins qu'une hémorrhagie incoercible, la compression d'un organe indispensable à la vie, ne vienne fournir au chirurgien des indications positives et étrangères à la nature de la maladie.

Quant au *cancroïde* ou *noli me tangere*, on doit toujours l'opérer dans sa première période. L'expérience traditionnelle et notre expérience propre nous font poser comme règle invariable de pratique cette opération, à l'aide de la pâte arsenicale, dont voici la formule :

Acide arsénicum.	1 gramme.
Amidon.	8 grammes.

Cette poudre, délayée avec un peu d'eau, est étendue sous forme de pâte sur la surface ulcérée ou avivée avec le bistouri ; on la recouvre et on la sèche avec un peu de charpie râpée, et on laisse le tout en place jusqu'à ce que l'eschare se détache.

Cette application est suivie d'une douleur brûlante et très-rarement d'une inflammation érysipélateuse. Tous ces symptômes diminuent après vingt-quatre heures et finissent par disparaître. L'eschare tombe après plusieurs semaines, laissant l'ulcère cicatrisé ou en voie de cicatrisation.

Quand l'ulcère cancéreux siége sur un bouton proéminent, il faut d'abord enlever le bouton avec le bistouri.

Quand l'ulcère cancéreux est très-étendu, il ne faut opérer que par petites portions et ne jamais recouvrir de pâte arsenicale un espace plus grand qu'une pièce de un franc ; sans cette précaution, on s'exposera à déterminer un empoisonnement et la mort du malade.

Le chlorate de potasse à haute dose, employé à l'intérieur et à l'extérieur, a donné, dit-on, quelques succès dans le traitement du cancer épithélial.

CHAPITRE II

DIATHÈSE PURULENTE

Définition. — La diathèse purulente est une maladie caractérisée par la tendance des solides et des liquides coagulables de l'économie à subir la transformation purulente.

Cette maladie, qui, suivant des théories bien diverses, a reçu les noms d'*infection purulente*, de *phlébite*, de *pyoémie*, a une immense importance à cause de sa gravité et de sa fréquence chez les *femmes en couche* et les *opérées*. Quand elle surgit spontanément, elle affecte souvent les allures du rhumatisme articulaire avec lequel elle a été quelquefois confondue ; elle représente assez exactement pour l'espèce humaine la *morve* des solipèdes.

Division. — Elle offre à étudier cinq formes : la *forme commune*, la *forme foudroyante*, la *forme maligne* ou *ataxique*, la *forme fixe primitive*, la *forme bénigne*.

Les circonstances étiologiques dans lesquelles survient la diathèse purulente ont une grande importance pratique et impriment à la maladie une physionomie particulière. Sous ce rapport, on pourrait décrire la *diathèse purulente spontanée*, la *diathèse purulente puerpérale* et la *diathèse purulente des opérés*. Mais, comme dans ces trois catégories la maladie peut revêtir les cinq formes que nous avons indiquées, nous conserverons notre première division qui est la seule naturelle ; néanmoins nous ne négligerons point les différences produites par le traumatisme et l'état puerpéral.

I. Forme commune. — Elle débute par un mouvement fébrile caractéristique. Ce sont de gros frissons qui reviennent habituellement plusieurs fois en vingt-quatre heures et sont suivis d'une réaction intense pendant laquelle la chaleur de la peau devient considérable ; le pouls est grand et fréquent, la face colorée, la soif vive; souvent dès le début apparaissent les signes d'une ou de plusieurs phlegmasies. Dans la diathèse purulente spontanée, ce sont, le plus souvent, des arthrites ; chez les femmes en couche des métro-péritonites.

La maladie a une marche rapide ; les frissons se répètent tous les jours pendant les premiers temps ; le pouls est accéléré et grand ; la température excessive atteint 40 et 41 degrés, le facies s'altère et prend une coloration jaunâtre qui n'est pas toujours de l'ictère ; les malades sont habituellement dans une indifférence profonde ; la faiblesse est portée à un point plus élevé que dans toute autre maladie, et les malades ont conscience de cette faiblesse, ce qui n'a pas lieu dans la prostration de la fièvre typhoïde ; des sueurs continues et une diarrhée fétide abondante s'établissent plus ou moins rapidement ; la langue est le plus souvent humide, large, blanche ou jaune ; elle se sèche quand la maladie s'aggrave, mais elle ne revêt que très-exceptionnellement une coloration noirâtre ; des abcès, des érysipèles, des phlébites apparaissent et marchent rapidement vers la suppuration pendant que les inflammations internes, pleurésies, péritonites, arthrites, suivent la même marche. Toutes ces suppurations ont pour caractère habituel d'être peu douloureuses et de marcher très-rapidement ; quelques heures suffisent à la formation d'abcès volumineux ; si, ce qui arrive le plus souvent, la diathèse purulente s'est développée à propos de l'accouchement ou d'une opération, on observe des symptômes spéciaux d'une haute importance. A la suite des couches, les lochies deviennent purulentes, putrides ou se suppriment tout à fait, en même temps que les mamelles s'affaissent et se tarissent. Si la malade va mieux, on voit reparaître et les lochies naturelles et la sécrétion laiteuse. Quand la diathèse purulente survient après une opération, la plaie se sèche, le pus devient séreux, les parties réunies se dé-

collent, les moignons se rétractent; de même aussi, quand le malade va mieux, le pus s'épaissit, offre tous les caractères d'un *pus louable*, et la cicatrisation recommence. Les phénomènes qui se passent du côté de la plaie chez les opérés, et du côté de l'utérus chez les nouvelles accouchées, ont donc, au point de vue du pronostic, la plus grande importance.

Les forces baissent; le malade se refroidit graduellement et n'a plus de frissons; la respiration s'accélère; quelquefois il a un peu de divagation, mais les symptômes cérébraux sont très-peu marqués dans cette maladie, et la conservation de la connaissance jusqu'à la mort est encore un caractère qui la différencie de la fièvre typhoïde. Enfin, le malade succombe, soit par asphyxie lente, soit par une syncope, dans le cours du deuxième ou du troisième septénaire. Il est fréquent d'observer une amélioration trompeuse dans les derniers jours de la maladie; la faiblesse et la fréquence du pouls doivent garder le médecin de toute illusion.

Si le malade doit guérir, les frissons cessent, la diarrhée et les sueurs colliquatives s'arrêtent, le pouls diminue de fréquence, la température baisse, les forces et le sommeil reparaissent, et la maladie marche franchement vers la convalescence, quand cette guérison a été obtenue dans le premier septénaire et surtout dans les quatre premiers jours; mais, si la maladie n'a été enrayée qu'après la formation des abcès et des phlegmasies purulentes, il faut encore compter avec l'évolution de ces affections qui, lorsqu'elles siégent sur des organes importants comme le péritoine, la plèvre, le foie, le tissu cellulaire du petit bassin, peuvent déterminer des accidents mortels, ou tout au moins demander des semaines pour arriver à une heureuse terminaison. La marche du mouvement fébrile est essentiellement remittente et il y a un écart de un à deux degrés entre la température du soir et celle du matin. Quelquefois même la fièvre est complètement intermittente, ce qui est une indication formelle du sulfate de quinine.

II. Forme bénigne.—Elle est caractérisée par le peu d'intensité du mouvement fébrile et par le petit nombre des affections lo-

cales. Le mouvement fébrile s'annonce par un frisson suivi de chaleur et de sueurs, puis, au bout de vingt-quatre heures, la fièvre tombe complètement, le malade conservant une douleur dans un point. Le lendemain ou le surlendemain un accès fébrile, semblable au premier, se manifeste, quelquefois le malade en a un troisième, mais habituellement ils vont en décroissant d'intensité. Cependant l'affection locale se développe sous forme de phlegmon, de phlébite, d'arthrite. La marche fatale et rapide vers la suppuration ne se rencontre pas au même degré que dans la *forme commune*, et quelquefois les malades en sont quittes pour un ou deux abcès. Les localisations les plus graves par leur siége, comme les arthrites et les pleurésies, n'arrivent pas toujours à suppuration.

Pendant toute la durée de cette forme, le malade présente la coloration jaunâtre et la faiblesse propres à la diathèse purulente ; quelquefois des engorgements inflammatoires du tissu cellulaire qui ne suppurent ni ne se résolvent, des phlébites adhésives survivent à la maladie et prolongent et entravent la convalescence.

L'état purulent, décrit par J.-P. Tessier, rentre naturellement dans la *forme bénigne*. Cette variété de diathèse purulente s'observe presque exclusivement dans la convalescence des fièvres et en particulier de la petite vérole ou de la fièvre typhoïde. Elle est apyrétique et caractérisée presque uniquement par l'apparition d'abcès sous-cutanés très-multipliés. Ces abcès, presque indolents, sans changement de couleur à la peau, se forment avec une rapidité telle que, le plus souvent, la période d'induration phlegmoneuse passe inaperçue et que, d'un jour à l'autre, on constate de nouvelles collections. Cet état peut se prolonger plusieurs semaines, et il se termine habituellement par la guérison.

III. Forme foudroyante. — Cette forme ne s'observe qu'en temps d'épidémie ; elle est caractérisée par la violence et la marche extrêmement rapide des symptômes. La mort peut survenir en moins de vingt-quatre heures, et elle arrive toujours avant le quatrième jour.

Un mouvement fébrile intense, continu, avec exacerbation marquée par des frissons; un pouls grand, qui augmente sans cesse de fréquence en même temps qu'il diminue de force; une apathie qui dégénère en une sorte d'hébétude; une prostration extrême; une face vultueuse d'abord, puis pâle et cadavéreuse; des évacuations fétides et involontaires; pas d'affections locales bien déterminées; puis le refroidissement, l'asphyxie et la mort, souvent avant qu'aucune suppuration ait eu le temps de se produire : telle est la physionomie d'une forme trop facile à reconnaître quand on l'a vue une fois, et qui ne s'observe guère que chez les accouchées. Ajoutons qu'elle débute prématurément, au plus tard quelques heures après la délivrance, et dans un certain nombre de cas parfaitement authentiques pendant le travail même de l'accouchement, et, par conséquent, avant qu'un atome de pus soit formé et puisse rendre compte de ce que, dans leur langage figuré, les partisans de l'infection appellent *un grand empoisonnement*.

IV. Forme ataxique. — Le désaccord des symptômes et l'extrême gravité qui s'observent dans les formes ataxiques, a ici pour caractère une apparente bénignité et l'entière sécurité des malades. Cependant le mouvement fébrile caractéristique avec frissons marque le début de la maladie. Les premiers jours, les malades conservent de l'appétit et toute la netteté de leur intelligence; mais l'affaiblissement croissant, le facies caractéristique ne laissent pas de doute au médecin; puis tout à coup, le troisième ou le quatrième jour, les accidents prennent une effroyable intensité; la face s'altère et devient livide; les évacuations colliquatives apparaissent; le pouls est petit, rapide, tremblant, insensible; la peau se refroidit, et les malades succombent habituellement avant la fin de la première semaine. Les suppurations internes et externes sont habituellement moins avancées que dans la forme commune.

V. Forme fixe primitive. — Cette forme a pour caractère de ne présenter qu'une seule affection; cette affection est tantôt un phlegmon diffus, une phlébite, une pneumonie, une pleurésie, une péritonite, un phlegmon du petit bassin. Cette lésion mar-

che vers la suppuration avec la rapidité que nous avons signalée dans la *forme commune* de la diathèse purulente; vingt-quatre heures suffisent à l'évolution de l'hépatisation grise.

Les épanchements pleurétiques et péritonéaux sont d'emblée purulents. Trois ou quatre jours suffisent à la suppuration du tissu cellulaire de tout un membre ou d'une partie du tronc. Le pus n'est pas collecté comme dans le phlegmon; mais il s'étend au loin, transformant le tissu cellulaire, disséquant les muscles, mortifiant les os et les aponévroses. Cet effroyable travail de suppuration s'accompagne de tous les symptômes déjà décrits à propos de la *forme commune*.

Ces symptômes généraux et l'extrême rapidité des suppurations empêchent de confondre la *forme fixe* de la diathèse purulente avec les phlegmasies essentielles terminées par suppuration après une évolution régulière. Les circonstances étiologiques : accouchement, opération, fatigues considérables, serviront aussi au diagnostic. Cependant il ne faut pas oublier que les femmes en couche sont sujettes à des accidents en dehors de la diathèse purulente; ainsi la plupart des *abcès* de la *fosse iliaque* et des *phlegmatia alba dolens* sont des états morbides dépendant de l'accouchement et cependant distincts de la diathèse purulente.

Anatomie pathologique. — Des collections purulentes dans le tissu cellulaire; des abcès, dits métastatiques, dans le poumon, le foie, les reins et la rate; des inflammations suppurées des viscères; mais principalement des péritonites, des pleurésies et des angéioleucites; des pustules varioliformes et des pemphigus purulents; une altération du sang qui va quelquefois jusqu'à la transformation purulente : l'hypertrophie, le ramollissement de la rate, qui présente habituellement une double coloration : telles sont les lésions multiples que l'on rencontre à l'autopsie des malades qui ont succombé à la diathèse purulente. Le plus souvent la production du pus s'accompagne d'un travail inflammatoire évident, mais d'autres fois il n'en existe aucun signe, en sorte que le pus s'est formé sans inflammation.

La phlébite et les abcès métastatiques ont donné lieu à des discussions encore pendantes, et dont nous donnerons seulement les conclusions pratiques à propos de l'étiologie. Comme fait d'observation, nous devons noter dès maintenant : 1° qu'un nombre très-notable de diathèses purulentes se développent sans phlébite ; 2° que dans la phlébite il est de règle de trouver le pus emprisonné par des caillots ou par des fausses membranes ; 3° que le pus se trouve libre dans les veines lorsqu'il s'est formé sans inflammation et par la transformation directe du sang en pus ; 4° que les *abcès* dits *métastatiques* subissent presque toujours l'évolution complète de l'inflammation, du ramollissement et de la transformation purulente, et que, par conséquent, ils ne sont pas produits par le transport mécanique du pus en nature.

Étiologie. — La diathèse purulente est épidémique et contagieuse, la variété puerpérale pourrait même être transportée d'une malade à l'autre par l'accoucheur ; ce qui doit engager celui-ci à prendre les plus grandes précautions. Les auteurs qui regardent la diathèse purulente comme un empoisonnement du sang par le pus, comme une *infection purulente*, n'admettent pas que cette maladie puisse se développer sans l'existence d'une plaie en suppuration, source nécessaire de l'empoisonnement.

Cette hypothèse est renversée par l'existence avérée d'un certain nombre de cas de *diathèse purulente spontanée*, et dans lesquels la source nécessaire à l'*infection* manque complètement. L'étiologie de la diathèse purulente spontanée est fort obscure ; elle est souvent confondue avec le rhumatisme articulaire, et les observations ne signalent guère que deux causes occasionnelles : la fatigue musculaire excessive et le refroidissement.

Le traumatisme et l'accouchement sont les deux grandes circonstances dans lesquelles on voit apparaître la diathèse purulente, et elle est d'autant plus grave qu'elle survient à une époque plus rapprochée de l'opération ou de la délivrance. Les piqûres d'amphithéâtre, la saignée et toutes les opérations sur les veines ; le cathétérisme, les calculs rénaux, les inflammations du rein, les opérations sur la vessie ; les fractures com-

pliquées de plaies, les suppurations osseuses de quelque nature qu'elles soient ; les opérations par le bistouri, sont les circonstances propres à développer la diathèse purulente ; et parmi toutes les suites possibles du traumatisme, la phlébite suppurée, plus que toute autre lésion, est l'instrument possible du développement de cette maladie.

Les circonstances de l'accouchement qui favorisent le développement de la diathèse purulente sont *les manœuvres et les opérations obstétricales*, la rétention de caillots et de parties du délivre ou des membranes, l'absence de l'allaitement.

Après l'accouchement, comme après les opérations, les circonstances étiologiques défavorables sont d'abord l'encombrement des malades, puis le chagrin, les excès, les refroidissements.

Les circonstances favorables sont l'isolement du malade, une nourriture suffisamment réparatrice, et toutes les conditions qui favorisent la cicatrisation, diminuent et suppriment la suppuration ; conditions que nous allons exposer à propos de la prophylaxie.

Traitement.— *Prophylaxie.* L'*isolement* des malades, la *désinfection* des salles dans les hôpitaux, désinfection qui s'obtient surtout en laissant les salles vides pendant quelque temps, et tous les moyens propres à rétrécir la plaie et à supprimer la suppuration, sont les vrais moyens prophylactiques. La réunion par première intention, et, quand elle ne peut être obtenue, le pansement des plaies avec un mélange par parties égales d'eau et d'esprit-de-vin, sont les moyens à employer après les opérations. Le seigle ergoté, à dose suffisante pour faire contracter l'utérus, l'allaitement, qui a des effets analogues au seigle ergoté, sont les moyens convenables pour effacer la cavité utérine et en chasser les caillots et les débris placentaires. On comprend que le *pansement ouaté* d'Alph. Guérin et tous les pansements analogues soient propres à diminuer de plus en plus les causes occasionnelles de la diathèse purulente.

Arnica et *aconitum* à la 12e dilution, alternés toutes les quatre heures après les opérations et l'accouchement, nous ont semblé résister efficacement à l'invasion de la maladie.

Les circonstances d'accouchements fournissent des indications médicamenteuses spéciales, sur lesquelles nous reviendrons.

Aconitum et *arsenicum* sont avec le *sulfate de quinine*, les trois médicaments principaux de la diathèse purulente. Le sulfate de quinine est indiqué toutes les fois que le retour régulier des frissons et l'écart constaté entre la température du soir et celle du matin donnent à la maladie l'aspect et les allures d'une fièvre intermittente. Il faut, dans ce cas, administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme, pris dans un temps très-court, deux heures au plus aussitôt après l'accès; j'ai obtenu des succès complets et rapides avec ce moyen dans la diathèse purulente puerpérale et dans celle qui succède aux opérations sur la vessie. Mais, en l'absence de l'indication que nous avons précisée, le sulfate de quinine est inutile dans le traitement de la diathèse purulente, et il ne faut pas se fier à sa vertu prétendue *tonique* et *antipurulente*.

Aconitum convient au début et dans la période d'état de la diathèse purulente, quand des accès bien nets n'indiquent pas le sulfate de quinine. Je me suis presque toujours servi de la 3e et de la 2e trituration, et ces préparations m'ont suffi. Je donne une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures. J.-P. Tessier préférait la teinture mère à la dose de 1 gramme, et jusqu'à 3 et 4 grammes. Ces doses doivent être adoptées dans les cas très-violents.

Arsenicum convient lorsque *aconitum* a été insuffisant, ou lorsque l'on est appelé quand la maladie est arrivée déjà à sa période de collapsus : pouls petit, fréquent, quelquefois inégal et tremblant; chaleur âcre et sèche ou sueurs froides et visqueuses, ou chaleur insupportable avec refroidissement des extrémités; facies décomposé, yeux enfoncés, ternes; mâchoire pendante; faiblesse excessive ; évacuations colliquatives. J'ai habituellement employé la 3e trituration.

Belladona, *hyosciamus*, *chamomilla*, *nux vomica*, *bryonia pulsatilla*, remplissent des indications spéciales dans la diathèse purulente suite de couches.

Chamomilla convient quand il y a grande chaleur, avec fris-

sonnement aussitôt que la malade se découvre : facies rouge, diarrhée verdâtre avec colique, suppression de la sécrétion mammaire.

Hartmann conseille *belladona* à la 30e dilution, comme un spécifique quand il y a engorgement partiel du sein, rougeur disséminée par rayons et douleurs lancinantes dans les seins, coliques utérines, pesanteur dans l'hypogastre, ténesme rectal, lochies noires et fétides. Je l'ai toujours administré, ainsi que les autres médicaments, à la 3e dilution en gouttes ou en trituration. L'*hyosciamus* est indiqué par le délire si commun dans la diathèse purulente puerpérale; la pâleur de la face est un signe caractéristique pour l'emploi de ce médicament.

La matière médicale indiquera les cas spéciaux dans lesquels les autres médicaments devront être employés.

CHAPITRE III

DIATHÈSE ÉPITHÉLIALE

(SYCOSE, MALADIE DES FICS)

C'est une maladie caractérisée par la production de petites excroissances de formes très-diverses, composées de tissu épithélial. Ces excroissances, dont le siége le plus fréquent est la sphère ano-génitale, peuvent prendre naissance sur tous les points de la peau et sur les parties de muqueuse revêtues de cellules épithéliales.

Hahnemann a rendu un véritable service en distinguant la *sycose* de la *syphilis*. Avant cette distinction nosologique, les malades atteints de diathèse épithéliale étaient presque tous impitoyablement soumis au traitement mercuriel, au grand détriment de leur santé.

Étiologie. — Les circonstances *étiologiques* favorables au développement des fics sont : l'existence d'une blennorrhagie, et chez la femme la leucorrhée et un état de grossesse. L'absence des soins de propreté est encore une circonstance favorable à

la manifestation de la diathèse épithéliale. Mais souvent la maladie se développe sans aucune cause appréciable.

Le siége le plus fréquent de la sycose est la sphère anogénitale, où elle est constituée par des végétations accompagnées d'un suintement muqueux plus ou moins abondant. Tantôt ces végétations affectent la forme de petites excroissances allongées, plus minces à leur extrémité libre qu'à leur base, ces excroissances sont isolées ou réunies en groupes serrés; tantôt des branches nombreuses végètent sur un tronc unique et présentent l'aspect d'un *chou-fleur*; d'autres fois la base est allongée, l'excroissance, dentelée sur son bord libre, ressemble à la *crête de coq*, ou à une *figue*, d'où le nom de *fic*. Sur la peau des mains et à la face, la diathèse épithéliale se montre sous forme de *verrue* et de *poireaux*. Elle donne naissance à un certain nombre de polypes du canal de l'urèthre de l'utérus et des fosses nasales.

Ces productions épithéliales sont extrêmement rebelles et elles se reproduisent indéfiniment quand on les enlève par les moyens chirurgicaux.

Traitement. — Hahnemann conseille le *thuya* et le *nitri acidum* contre la diathèse épithéliale. Ces deux médicaments, donnés alternativement ou isolément, ont produit de nombreuses guérisons. Dans les cas rebelles, Hahnemann conseille de toucher les fics avec la teinture de *thuya*.

Lycopodium est le médicament de la diathèse épithéliale quand les excroissances, au lieu d'être lisses, sont fendillées et rugueuses (Espanet).

Calcarea carbonica, *silicea*, *bismuthum* et *sabina* sont les autres médicaments de la sycose.

Nous rappelons qu'il faut ici une grande persévérance dans l'emploi du médicament choisi, et que plusieurs mois sont quelquefois nécessaires pour la guérison de la maladie. Nous prescrivons généralement la 30° dilution en globules; c'est celle qui nous a le plus souvent réussi.

TROISIÈME CLASSE

CACHEXIES

Les *cachexies* constituent une classe fort importante de maladies ; elles sont caractérisées par une tendance aux hémorrhagies, à l'hydropisie et à la gangrène, et par l'absence de produit morbide particulier.

La tendance aux hémorrhagies, à l'hydropisie et à la gangrène se manifeste à une époque encore peu avancée de la maladie ou au moins bien avant leur période ultime. Ce fait est fort important et suffit pour caractériser cette classe de maladies. Nous décrirons les cachexies suivantes : la *chlorose*, le *diabète sucré*, la *maladie de Bright*, le *rachitisme*, le *scorbut*, le *purpura*, la *lèpre*, le *goître* et le *crétinisme*, la *cachexie exophthalmique*, la *maladie d'Addison*, la *pellagre*.

CHAPITRE PREMIER

CHLOROSE

La chlorose est une maladie propre à la femme pubère, et caractérisée par une cachexie particulière.

Nous disons que la chlorose est une maladie propre à la femme et en rapport direct avec la menstruation, parce que nous séparons radicalement la chlorose de l'*anémie* qui n'est point une maladie, mais une lésion commune à beaucoup de maladies. Nous n'admettons donc ni la chlorose des hommes ni celle des enfants, ni celle des vieillards. Nous remarquons cependant que les jeunes filles peuvent être chlorotiques plusieurs années avant l'établissement des menstrues, pendant le travail d'évolution qui prépare la puberté, et que les femmes atteintes de cette maladie conservent quelquefois jusque dans la vieillesse un certain nombre de ses symptômes.

Les symptômes principaux de la chlorose sont : la diminution des globules du sang, d'où les palpitations, les bruits de souffle, et le plus souvent un pâleur remarquable ; une diminution notable des forces musculaires ; des impulsions maladives diverses ; des troubles de la digestion et de la menstruation. Tel est l'ensemble des symptômes que l'on rencontre dans tous les cas de chlorose.

Division.—Ces symptômes constituent par leurs associations diverses, par leur intensité plus ou moins grande, par la prédominance de certains d'entre eux, des groupes différents qui peuvent être ramenés à trois principaux ; ce sont les formes de la chlorose : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme grave*.

Forme commune. — C'est celle qu'on observe le plus fréquemment et qui a servi de type à presque toutes les descriptions. C'est la chlorose vraie et légitime des auteurs ; elle est caractérisée par la multiplicité des symptômes, par la prédominance de l'aménorrhée et par une marche très-chronique.

On peut décrire la suite des symptômes en trois périodes : période d'*invasion*, période d'*état* et période de *cachexie*.

1° Période d'invasion. — L'invasion peut être brusque, la maladie s'établir d'emblée et arriver en quelques heures à sa période d'état. Mais ce sont là des cas très-rares ; ils s'observent à la suite d'émotions violentes, et sont plutôt relatifs à la forme bénigne qu'à la forme commune de la chlorose.

Presque toujours la maladie se développe lentement et procède par des progrès presque insensibles.

Un sentiment de faiblesse musculaire ; une tristesse et une apathie inaccoutumées ; de la fatigue par le plus léger exercice ; déjà un peu d'essoufflement par un mouvement rapide ; de la céphalalgie ou au moins de la pesanteur de tête ; de l'inappétence et des douleurs d'estomac : tel est l'ensemble des symptômes qui annoncent l'invasion de la chlorose.

Si les règles ont déjà paru, elles diminuent, retardent ; en même temps le sang devient plus pâle, et si la pâleur des téguments a fait défaut dans les premières semaines, elle appa-

raît alors et ne tarde pas à revêtir les caractères si tranchés qui ont servi à dénommer toute la maladie.

2° *Période d'état.* A cette période, les malades présentent un ensemble de symptômes très-caractéristiques. Tristes, indifférentes surtout, elles ont horreur du mouvement et de la conversation ; la face bouffie est d'une pâleur verdâtre et transparente que l'on a comparée à un teint de cire. Cette pâleur fait encore place de temps à autre, sous l'influence d'une émotion, du mouvement ou de la chaleur, à une rougeur vive qui occupe seulement les joues et tranche avec la pâleur du front et du menton. Ce phénomène est surtout marqué chez les blondes à peau fine et transparente.

Avec la pâleur de la face, on observe la décoloration des lèvres, des gencives et des conjonctives. A cette période, les forces musculaires sont très-notablement diminuées, un exercice prolongé est impossible, et presque tous les mouvements provoquent de l'essoufflement ou des palpitations; des lipothymies et des syncopes viennent encore témoigner du mauvais état du sang. Ces syncopes se produisent à l'occasion d'une station trop prolongée ou du séjour dans un lieu fermé et rempli de monde. Aussi est-ce principalement dans les églises que les chlorotiques se trouvent mal et sont prises do syncope.

Cependant le pouls est plein, légèrement ralenti et s'accélère au moindre mouvement. On constate facilement les bruits de souffle caractéristiques de cette maladie, et un œdème variable ne tarde pas à se montrer; son siége habituel est aux malléoles. L'anorexie est habituelle, elle s'accompagne de dyspepsie et très-souvent d'appétit dépravé. Les règles manquent tout à fait et sont remplacées par une leucorrhée fort abondante, avec pesanteur à l'hypogastre et douleurs de reins. Des névralgies diverses, des paralysies incomplètes viennent encore s'ajouter aux souffrances des malades. Les névralgies sus-orbitraires et intercostales sont les plus fréquentes ; les paralysies sont rares et toujours incomplètes, un certain degré d'amaurose est celui qui s'observe le plus fréquemment. Cependant le sommeil est bon, et cet ensemble de souffrance peut se prolonger longtemps

sans amener d'amaigrissement notable et sans compromettre sérieusement l'existence des malades.

3e Période de cachexie. — La chlorose abandonnée à elle-même peut se prolonger presque indéfiniment au degré que nous venons de décrire ; cependant, chez un certain nombre de malades, et sous l'influence d'un redoublement d'action des causes occasionnelles de la chlorose, la période de cachexie se produit.

La perte des forces est portée au point d'empêcher tout mouvement ; les malades restent couchées ou assises ; la pâleur est cadavéreuse ; l'amaigrissement fait des progrès qui sont masqués par un œdème plus ou moins généralisé ; les grandes cavités sont le siége d'hydropisie ; les palpitations et la dyspnée sont extrêmes ; l'état lipothymique permanent ; une diarrhée débilitante, mais plus souvent des hémorrhagies multiples viennent encore aggraver l'état des malades qui succombent habituellement soit à une syncope, soit à une complication terminale. Ces complications sont ordinairement inflammatoires, et les plus communes de toutes sont la pleurésie et la pneumonie.

Revenons un instant sur les bruits vasculaires qui constituent un des signes principaux de la chlorose.

L'auscultation du cœur permet de constater l'existence d'un bruit de souffle doux et prolongé au premier temps et à la base. Ce bruit n'est pas constant chez la même malade, et son intensité est en rapport avec l'accélération de la circulation.

Mais le signe caractéristique de la chlorose est un bruit de souffle perçu sur les vaisseaux du cou. Ce bruit de souffle est continu ou intermittent. Le bruit de souffle intermittent se passe évidemment dans les carotides et est la répétition du bruit qui existe à la base du cœur. Mais le bruit continu existe dans les veines jugulaires et surtout dans le tronc veineux brachio-céphalique. Aussi ce bruit a-t-il son siége presque exclusif du côté droit. Pour le percevoir, il faut que le sujet se tienne debout et porte fortement la tête dans la rotation sur le côté gauche. Cette position a pour résultat d'accélérer le cours du

sang dans les veines du cou, parce que les faisceaux aponévrotiques qui protégent les veines et les tiennent béantes se trouvent distendus par la torsion de la tête. Ces bruits de souffle sont très-variables, doux, prolongés, à redoublement, musicaux. Ils ressemblent quelquefois à un ronflement: *bruit de diable;* d'autres fois, au son produit par le vol d'une mouche.

Anatomie pathologique. — *Altération du sang.* Le sang retiré des veines par la saignée présente un caillot très-petit, entouré d'une sérosité très-abondante et recouvert le plus habituellement d'une couenne bien marquée. Le sérum contient la même quantité de sels que dans l'état physiologique, seulement l'eau, qui doit être de 790/1000, peut atteindre jusqu'à 915/1000. La couenne est dure, ferme, sans rétraction. MM. Andral et Gavarret expliquent sa formation par la diminution des globules qui laisse prédominer la fibrine normale. Le sang chlorotique est moins dense qu'à l'état normal, et il résulte des analyses de Fœdisch, de celles d'Andral et Gavarret, et enfin de celles de Becquerel et Rodier, que les globules du sang, et par conséquent le fer, sont notablement diminués. Dans la chlorose, M. Hannon a constaté aussi une diminution du manganèse.

MM. Becquerel et Rodier ont rencontré cinq cas de chlorose, dans lesquels il n'y avait pas d'altération du sang.

I. Forme bénigne. — Cette forme est toujours rapide dans son début, quelquefois même elle éclate brusquement à la suite d'une émotion morale. Le plus souvent on la voit se développer chez des filles de la campagne, qui viennent habiter les grandes villes. Au bout de quelques mois, elles pâlissent légèrement, elles éprouvent de l'essoufflement en montant; des bizarreries d'appétit; une diminution et un retard dans les règles; de la nonchalance, de l'apathie, de l'affaiblissement musculaire; puis, sous l'influence de quelques moyens thérapeutiques, d'un régime meilleur, toutes ces souffrances disparaissent après quelques semaines ou quelques mois de durée.

II. Forme grave. Heureusement plus rare que les deux autres,

cette forme se distingue par la métrorrhagie et par le mouvement fébrile qui se montre dans une période avancée de la maladie : c'est la *fièvre blanche* des anciens, la *fièvre hectique essentielle* de quelques auteurs, peut être l'*anémie pernicieuse* des contemporains. Trousseau a plus spécialement attiré l'attention sur la métrorrhagie.

Cette forme de la chlorose se développe souvent au moment de la puberté et à l'occasion de l'établissement des règles. On voit des jeunes filles qui sont menstruées pour la première fois perdre une quantité de sang très-considérable, et cela pendant dix et quinze jours. Ces règles très-fortes laissent les malades dans un grand état d'épuisement avec pâleur de la face, palpitations, état lipothymique et anorexie. Quelquefois l'époque suivante retarde, ce qui est une bonne chose pour la malade; mais le plus souvent, si aucun traitement n'a été fait, les règles reviennent en avance de huit ou dix jours, ressemblent à des pertes et aggravent considérablement la position des malades. Cet état peut se prolonger ainsi plusieurs mois, les malades ayant un écoulement de sang presque continuel ou au moins des règles extrêmement fortes et prolongées.

Alors les malades tombent dans la cachexie, pendant laquelle les règles continuent à veni trop fortes et à intervalles irrégulier; d'autres fois elles cessent tout à fait. une faiblesse considérable, l'anasarque, les hydropisies des séreuses. Une dyspnée et des palpitations croissantes, des névralgies, des troubles considérables du côté de l'estomac et de l'utérus, enfin, une véritable fièvre hectique, caractérisent la dernière période de la forme grave.

A ce moment, les malades succombent facilement, soit à une syncope, déterminée par une nouvelle et dernière hémorrhagie, soit à un hydrothorax, à une diarrhée colliquative ou à la suite d'une phlegmasie ultime.

Récidive. La récidive est facile dans la chlorose, surtout quand la guérison est récente ; la plus légère cause suffit alors pour faire reparaître la maladie : un chagrin, la mauvaise saison, une fatigue inaccoutumée, sont les occasions les plus fréquentes de ces rechutes.

Rapports de la chlorose avec d'autres maladies.—*Phthisie.* On a dit que la chlorose était une maladie antagoniste de la phthisie pulmonaire. Si on ne confond pas avec la chlorose l'anémie qui accompagne souvent la phthisie avancée, on verra que cette loi d'antagonisme est généralement vraie.

La chlorose est une condition favorable au développement de la *folie* chez les femmes qui y sont prédisposées; on observe principalement cette transformation dans la chlorose suite de couches, ou d'allaitement trop prolongé.

Enfin la cachexie chlorotique est un état évidemment favorable au développement des phlegmasies, puisque presque tous les chlorotiques qui meurent, succombent à une pneumonie ou à une pleurésie.

Étiologie. —Causes prédisposantes.—*Age.* La chlorose est constamment liée au développement de la puberté, c'est donc à l'âge où s'établit la menstruation que cette maladie sévit avec une grande fréquence; mais il ne faut pas oublier que, même dans nos climats, il y a des menstruations précoces et ne pas s'étonner de rencontrer de véritables chloroses à l'âge de 9 et 10 ans. L'âge du retour est très-exceptionnellement une cause prédisposante de chlorose.

Hérédité. L'influence héréditaire est peu marquée dans la chlorose. Ainsi, il arrive fréquemment qu'une mère qui n'a jamais été chlorotique ait des filles sujettes à cette maladie, ou au contraire qu'une femme chlorotique devienne mère de filles non chlorotiques. Si on cite des familles dans lesquelles plusieurs sœurs sont atteintes de chloroses, on pourrait en citer un plus grand nombre où la chlorose se produit sur un seul sujet.

Climats. Les climats humides et froids sont favorables au développement de la chlorose.

Profession, habitation, alimentation. Les professions sédentaires, celles qui entraînent à des veilles prolongées et qui s'exercent dans des ateliers où l'air est vicié par le trop grand nombre des ouvrières, prédisposent à la chlorose. Nous devons encore

citer parmi les causes : une alimentation insuffisante ou composée trop exclusivement de végétaux, la privation du vin, une habitation humide et privée de soleil ; mais nous devons mettre en première ligne le passage de la vie des champs à la vie des grandes villes. Il ne faut pas croire cependant que la chlorose soit inconnue dans les campagnes ; la nourriture presque exclusivement végétale des paysannes, la privation du vin les prédisposent à la chlorose qui sévit souvent sur elles, mais qui éclate d'autant plus facilement qu'elles quittent le grand air et le soleil pour venir s'enfermer dans les villes.

Causes occasionnelles. *Émotions morales.* Une *peur* violente peut faire développer la chlorose dans les vingt-quatre heures qui suivent son action.

Le *chagrin* est une cause bien plus fréquente de cette maladie, mais son action est plus lente.

La *suppression brusque des règles* soit par une émotion, soit par un refroidissement, est une cause occasionnelle très-puissante du développement de la chlorose.

La *grossesse*, d'après Cazeaux, serait une cause fréquente de chlorose ; nous devons y ajouter l'*allaitement trop prolongé* et la plupart des maladies *aiguës*, en particulier celles qui s'accompagnent de *pertes de sang*. Il ne faut pas perdre de vue cependant que ce dernier ordre de causes ne développe que l'*anémie ;* mais l'anémie est un accident commun qui devient le point de départ de la chlorose chez les femmes prédisposées.

Traitement. — L'étude étiologique qui précède aidera le médecin dans la prophylaxie de la chlorose et lui permettra d'empêcher le développement de la maladie quand il sera appelé en temps opportun.

Le *fer* est le médicament traditionnel de la chlorose ; on a voulu en faire un véritable spécifique. Or, l'étude expérimentale de ce médicament sur l'homme sain a démontré que ce prétendu spécifique était un médicament homœopathique puisqu'il produisait des symptômes analogues à ceux de la chlorose. C'est lui qui correspond le plus souvent à l'ensemble des symptômes et dont l'emploi doit être le plus fréquent.

Le fer est indiqué dans la chlorose par les symptômes suivants : face pâle et terreuse avec rougeur facile, lèvres décolorées; amaigrissement et bouffissure, œdème des malléoles; dyspnée qui diminue par un mouvement doux; palpitations; anorexie, inappétence pour la viande et les aliments cuits; appétence pour les acides et les crudités; vomissement d'aliments surtout la nuit; vomissement d'eau le matin; constipation; diminution et suppression des règles ou métrorrhagie; tristesse, apathie; faiblesse musculaire; fatigue extrême par le moindre mouvement; névralgies diverses.

On voit que le fer convient à un grand nombre de chlorotiques; cependant nous n'apprendrons rien aux médecins en leur disant qu'il ne guérit pas toujours et qu'il faut souvent avoir recours à d'autres médicaments. Mais un point sur lequel nous voulons insister c'est qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels le fer est nuisible, surtout quand il est administré à haute dose et d'une manière continue.

L'occasion de constater les mauvais effets du fer dans la chlorose est malheureusement trop fréquente. Un grand nombre de praticiens considèrent ce médicament comme un spécifique, croient très-fermement qu'on n'en saurait jamais trop prendre, et le prescrivent à la dose d'autant plus considérable que la maladie loin de guérir s'aggrave chaque jour. Il se produit alors une sorte de chlorose ferrugineuse comme il se produit une fièvre intermittente quinine quand le quinquina est administré pendant longtemps et d'une manière inopportune contre la fièvre d'accès.

Les accidents qui viennent se surajouter à la chlorose lorsqu'elle est traitée à outrance par le fer à haute dose et que ce médicament n'est pas indiqué sont : des mouvements fluxionnaires qui aboutissent à des hémorrhagies et des inflammations diverses. Du côté de la tête, accès de rougeur des joues, avec céphalalgie et épistaxis; du côté de la matrice, pesanteur et douleur hypogastrique, métrorrhagie souvent inquiétante; du côté de la poitrine, dyspnée, toux et hémoptysie. Ces symptômes du côté des poumons sont trop souvent l'annonce d'une phthisie tuberculeuse. Ce fait est aujourd'hui incontestable, et

dans une de ses leçons cliniques, Trousseau reconnaissait que la grande impulsion qu'il avait imprimée à l'emploi des martiaux dans la chlorose avait donné naissance à un grand nombre de phthisies pulmonaires.

Quand le fer est indiqué dans la chlorose, nous en donnons deux doses par jour pendant vingt-quatre jours, nous interrompons alors six jours pour reprendre une autre série de vingt-quatre jours. Nous l'administrons toujours au moment du repas. Cette précaution est surtout indispensable quand on arrive aux doses massives.

La préparation que nous préférons est l'*acétate de fer* ou le *protoxalate*, préconisée par le Dr Cramoisy. Nous employons habituellement la première trituration décimale 4 grammes en 24 paquets, un par jour en deux fois, à sec sur la langue. Ce médicament peut être pris au moment de manger.

Quand une susceptibilité particulière des malades empêche le fer d'être supporté à cette dose, nous prescrivons la première ou la deuxième, ou la troisième centécimale.

Telles sont les règles qui doivent guider le médecin pour l'emploi du fer dans la forme bénigne et dans la forme commune de la chlorose. La *forme grave*, compliquée de métrorrhagie, demande tout particulièrement l'emploi du perchlorure de fer. Nous avons obtenu de bons résultats avec la 3e et la 6e dilution ; mais il ne faut pas hésiter à employer des doses plus massives dans les cas qui résistent aux dilutions.

Les médicaments qui, après le fer, sont le plus souvent indiqués dans le traitement de la forme commune de la chlorose sont : *pulsatilla*, *sepia*, *natrum muriaticum*, *lycopodium*, *conium maculatum*, *arsenicum*, *kali carbonicum*, *ignatia*, *graphites*, *nitri acidum*, *cicuta*, *argentum nitricum* et *cyclamen europæum*.

Pulsatilla est indiquée principalement par l'affection utérine, si commune dans la chlorose. Retard, diminution, décoloration, puis suppression des règles. Leucorrhée laiteuse, quelquefois concrète, coulant surtout avant et après les règles, quelquefois augmentant périodiquement et semblant les remplacer ; accompagnées de coliques, de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs de reins.

Les autres symptômes qui indiquent la *pulsatilla* sont : la céphalalgie lancinante, siégeant dans une des bosses frontales ; les névralgies diverses ; les diarrhées ; les vomissements, les palpitations, un sentiment de frilosité, la tendance à rester assise, retirée dans un coin, l'horreur du mouvement et de la conversation ; la douceur de caractère.

J'alterne souvent *sulfur* avec *pulsatilla* de la manière suivante : *pulsatilla* est donné à la 6e dilution deux fois par jour, huit jours avant le retour des règles ; *sulfur* est donné à la 30e deux fois par jour pendant huit jours, aussitôt la cessation des règles.

Sepia doit être étudiée comparativement avec *pulsatilla*, parce que ce médicament trouve, lui aussi, son indication principale dans l'affection utérine. L'aménorrhée est moins marquée dans la sepia que dans pulsatilla, et les règles, bien que diminuées, arrivent souvent en avance. La leucorrhée est tantôt épaisse, jaune verdâtre, fétide ; tantôt aqueuse, à peine colorée ou rougeâtre ; souvent elle est prurianie ; elle s'accompagne de ballonnement du ventre, de douleurs et d'élancements dans l'utérus, de maux de reins. Les autres symptômes qui indiquent la sepia, sont : la céphalalgie et les grandes taches sales et terreuses sur la figure.

Natrum muriaticum est principalement indiqué dans les affections de l'estomac, avec nausées, écoulement d'eau, vomissements d'aliments, faiblesse et sentiment de défaillance. Il y a, en même temps, appétence pour les acides et répugnance pour la viande, le pain et la plupart des aliments cuits ; les règles peuvent être rares et supprimées ou au contraire fortes et trop prolongées. Elles avancent presque toujours.

Lycopodium. Ce médicament présente une image assez complète de la chlorose : grande faiblesse, horreur du mouvement, pâleur des téguments ; palpitations ; dyspnée ; céphalalgie frontale pulsative, augmentant le soir ; règles supprimées par une peur ; leucorrhée jaunâtre ou rougeâtre, précédées de coliques utérines et accompagnées d'excoriation de la vulve ; anorexie avec grande appétence pour les douceurs.

Arsenicum. L'arsenic est un des meilleurs médicaments de la

chlorose. Sa pathogénésie représente tous les symptômes de la forme commune de cette maladie; aussi, peut-on hésiter entre ce médicament et le fer. La prostration excessive, l'œdème considérable, des palpitations violentes et irrégulières, avec appétence marquée pour les acides et l'eau-de-vie, et par-dessus tout, une anxiété extrême, serviront à préciser les indications de l'arsenic.

Arsenic est tout particulièrement indiqué dans la *chlorose ménorrhagique*. Dans ce cas, je prescris arsenic pendant tout l'intervalle des règles et je l'administre à la 3e trituration en suivant la méthode déjà indiquée à propos du protoxalate de fer.

Kali carbonicum est signalé par tous les auteurs comme un médicament efficace dans la chlorose, je n'en ai jamais retiré de grands secours. Il est surtout indiqué par les retards de la première menstruation. Il offre comme symptôme gastrique une forte appétence pour le sucre.

Ignatia et *graphites* alternés, le premier avant, le second après le repas, conviennent fréquemment contre la dyspepsie chlorotique. De plus, *graphites* est encore indiqué par les souffrances utérines suivantes : règles en retard, faibles, pâles ou supprimées; coliques violentes pendant les règles; leucorrhées aqueuses, avec tension du ventre.

Sulfur. Ce médicament est fort recommandé par Hartmann dans la chlorose; mais nous ne l'avons jamais employé qu'alterné avec pulsatilla. Il offre pour caractère : l'affaissement musculaire, avec apathie et horreur du mouvement; la pâleur de la face; la dyspnée, les règles en retard, pâles, diminuées, ou même supprimées; une leucorrhée corrosive.

China est indiquée dans la forme grave après les hémorrhagies et dans la cachexie avec mouvement fébrile rémittent, œdème et diarrhée.

Conium maculatum, *cicuta* et *nitri acidum* couvrent certains symptômes de la chlorose; mais ils sont principalement indiqués par le *pica*. *Cicuta* offre dans sa pathogénésie un violent désir de manger du charbon, et *nitri acidum* une appétence pour la craie, la terre, la chaux et le hareng.

Nux vomica est aussi indiquée par le désir de manger de la *craie; bryonia* par une appétence pour des choses qui ne se mangent pas.

Argentum nitricum. Des expériences du Dr Bogolowski, il résulte que l'argent, chez les lapins, a une influence directe et primitive sur les globules rouges du sang, dont la matière colorante s'épanche dans le plasma, les disposant d'abord aux ecchymoses et aux épanchements, et plus tard au défaut d'oxydation et enfin à la chlorose. Nous possédons ainsi un véritable *simile* pour la chlorose et l'oxydation défectueuse du sang, d'ailleurs en plusieurs circonstances ce médicament a répondu entièrement à ce qu'on attendait de lui.

Cyclamen europæum. La seule action remarquable et constante du *cyclamen* a lieu sur la tête et les yeux, et sur les organes sexuels de la femme. Céphalalgie avec vertiges et obscurcissement de la vue, tels sont les symptômes se rapportant aux premières parties; lorsqu'ils se sont rencontrés dans des cas de chlorose, suite de menstruation troublée, le *Cyclamen* s'est montré un remède précieux en rétablissant les règles, et avec elles la santé générale. La ressemblance avec *pulsatilla* est des plus évidentes. Il a été surtout employé à la 15e dilution.

La *forme grave* de la chlorose présente une indication toute spéciale ; c'est celle tirée des métrorrhagies qui constituent le caractère principal de cette forme.

Calcarea, *ignatia* et *arsenicum* sont les trois médicaments qui conviennent pour prévenir la perte ; *ledum palustre*, *tlaspi*, *china*, *secale cornutum*, *sabina*, *crocus* et *ferrum perchloricum* sont indiqués contre la perte elle-même.

Calcarea, *ignatia* et *arsenicum* conviennent principalement chez les malades dont les règles trop abondantes avancent considérablement ; *ignatia*, chez les jeunes filles mélancoliques, pleurant facilement, et d'une impressionnabilité nerveuse comparable à celle des hystériques. Les règles s'accompagnent de coliques et de caillots.

Calcarea convient davantage chez les jeunes filles scrofuleuses. Ces malades sont généralement grosses et fortes en

apparence; et avant d'avoir été épuisées par la maladie, elles sont très-colorées ; bien que présentant quelquefois une tristesse hypochondriaque, elles sont le plus ordinairement colères, entêtées et d'un caractère désagréable.

Ces deux médicaments sont surtout propres à régulariser la menstruation et à empêcher les époques d'avancer ; mais très-souvent, après avoir produit cet effet, ils laissent les malades soumises à des pertes très-abondantes.

Ledum palustre, *tlaspi*, *ferrum perchloricum*, *china*, *secale cornutum* et *sabina* sont les médicaments principalement indiqués pendant la métrorrhagie. Les indications particulières seront données à propos du traitement de la métrorrhagie.

Les bains de mer et les eaux minérales, ferrugineuses et arsenicales sont d'un très-grand secours dans le traitement des chloroses rebelles. Parmi les eaux minérales nous citerons au premier rang : Spa, Royat, Luxeuil, Saint-Moritz et Orezza. Ces deux dernières peuvent être employées loin de la source.

Les bains de mer ont une action considérable sur les règles. Dans la forme commune de la chlorose ils augmentent les règles ou les font reparaître si elles manquent tout à fait, et dans la forme grave, ils retardent et diminuent considérablement l'écoulement menstruel.

J'ai constaté maintes fois cette action en apparence contradictoire du bain de mer dans le traitement de la chlorose ; mais il ne faut pas oublier que pour produire tout son effet le bain de mer doit être supporté pendant au moins dix minutes. On reconnaît que la malade peut, sans inconvénient, prolonger son bain, si, après la première impression de froid, elle se trouve bien dans l'eau et si, après le bain, la réaction est franche et facile.

Chez les malades qui ne peuvent supporter le bain froid ou qui sont dans l'impossibilité d'aller à la mer, je me suis très-bien trouvé des bains de mer chauds pour diminuer l'intensité des règles. Surtout quand on peut, comme au Croisic, additionner ces bains de 15 ou 20 litres d'*eaux mères*.

CHAPITRE II

DIABÈTE

Le diabète est une maladie caractérisée par la présence de la glycose dans les urines, et par une cachexie particulière dont le caractère principal est une tendance à la tuberculisation et à la gangrène.

Le diabète et la glycosurie. On est d'accord pour distinguer le diabète de la *glycosurie.* La glycosurie est un symptôme caractérisé par la présence de la glycose dans l'urine, mais sans aucune tendance à la cachexie. Ce symptôme s'observe dans certaines affections cérébrales, après une contusion du foie, dans l'empoisonnement par le sulfure de carbone, le curare, le chloroforme et l'éther. Des médecins ont signalé la glycosurie dans les névroses, l'hystérie et l'épilepsie, par exemple; dans les maladies qui gênent la respiration : l'asthme, la phthisie, etc. On l'observe exceptionnellement dans certaines conditions physiologiques: l'état de grossesse et l'allaitement, la vieillesse, l'état fœtal ; après l'ingestion d'une quantité considérable de sirop ou de miel ; après des émotions morales violentes, etc.

Division. — Le diabète se présente à l'observation sous cinq formes : *forme commune, forme bénigne, forme aiguë, forme consomptive, forme irrégulière.*

I. Forme commune. La forme commune du diabète débute le plus souvent de 40 à 50 ans, chez des personnes d'une constitution très-forte en apparence. Gros, gras, sanguins, avec un système musculaire puissant et une charpente osseuse bien développée, les prédisposés au diabète paraissent doués d'une santé qui semble devoir être inaltérable. La maladie présente deux périodes bien distinctes: une première, généralement assez longue, compatible avec l'intégrité de la plupart des fonctions et les *apparences* de la santé ; une ultime, courte et rapide,

caractérisée par le développement de tous les symptômes de la cachexie.

La maladie débute par l'augmentation de la soif, l'altération des urines, la diminution des facultés viriles et l'apparition successive d'abcès et de furoncles; en même temps, il survient une courbature habituelle, de la somnolence diurne, et, malgré un accroissement considérable de l'appétit, un certain degré d'amaigrissement. Il est rare que dès le début le caractère ne subisse pas un changement notable; les malades deviennent colères jusqu'à la violence, soupçonneux et hypochondriaques.

L'urine est très-abondante, plus que les boissons; elle est moins colorée, se trouble par le refroidissement, elle ressemble alors à de l'eau miellée, et a perdu l'odeur urineuse. Quoique claire elle est lourde et pèse de 1027 à 1060; à l'analyse chimique, elle présente une quantité de glycose qui varie d'un 30e à un 7e.

Procédé pour rèconnaître la glycose dans l'urine. Bouillie avec de la potasse et surtout du lait de chaux, l'urine prend une coloration brun foncé.

Mise avec une portion de potasse caustique et un morceau de deutosulfate de cuivre dans une éprouvette, l'urine des diabétiques réduit à *froid*, et en moins de vingt-quatre heures, le sel de cuivre, et donne lieu à un précipité d'un jaune rougeâtre plus ou moins foncé. Le même phénomène se produit instantanément en faisant bouillir l'urine diabétique avec le liquide cupro-potassique (liqueur de Bareswill). Enfin, examinées au polarimètre, ces urines dévient le rayon rouge à droite. Les urines des diabétiques contiennent une quantité normale et quelquefois un excès d'acide urique.

Le diabète peut persister à ce degré pendant un temps extrêmement long, et, avec des précautions hygiéniques suivies très-persévéramment, cette maladie est compatible avec une très-longue existence. Cependant il faut savoir que le diabétique est sujet à des *accidents* qu'il ne lui est pas toujours possible d'éviter et qui changent singulièrement ce pronostic.

La gingivite expulsive, des éruptions pruriantes et squa-

meuses, siégeant principalement aux mains; l'absence de transpiration, une grande sensibilité au froid alternant avec un état tout contraire ; le prurit vulvaire ; l'impuissance avec phénomènes de pertes séminales; l'inflammation du canal de l'urèthre, une sorte de blennorrhagie, la balano-posthite, le phimosis ; ces affections comme le prurit vulvaire, dues à la production d'un champignon, le *ponicillium glaucum*, dans l'urine chargée de sucre qui séjourne dans le sac préputial ; la presbytie, l'amaurose, la cataracte, sont des affections fréquentes chez les diabétiques et qui rentrent dans le tableau symptomatique de la maladie; mais ces accidents ne compromettent pas la vie du malade et diffèrent en ce point de ceux qui nous restent à décrire.

Ces accidents graves sont les abcès, les gangrènes et les affections cérébrales.

Les abcès surviennent à périodes irrégulières ; ils ne sont pas accompagnés d'une grande inflammation et se terminent par la formation d'un pus rosé-sanguinolent tout particulier. La formation de ces abcès est accompagnée d'une grande faiblesse et d'amaigrissement sensible. Quelquefois ils sont petits, mais très-multipliés, et des malades en présentent des successions pendant des mois et même des années.

Phlegmon diffus. — Quelquefois l'abcès diabétique revêt la forme du phlegmon diffus, et s'accompagne de la mortification d'une quantité plus ou moins considérable de tissu cellulaire.

Abcès anthracoïde (de Marchal, de Calvi). — Les abcès diabétiques se présentent encore sous une autre forme, forme toute spéciale à cette maladie. L'affection débute par un petit point comparable à une pustule d'acné. Sous cette pustule un anthrax se développe, un gonflement énorme survient, gonflement qui se termine par un énorme phlegmon. D'autres fois, le tissu cellulaire enflammé et suppuré reste très-induré, et la résolution est extrêmement longue à se faire. Ces grands abcès gangréneux se terminent souvent par la mort ; dans tous les cas, ils donnent une mauvaise impulsion à la maladie et la précipitent vers la cachexie.

Gangrène diabétique. — La gangrène diabétique a été surtout étudiée par Marchal (de Calvi). C'est un accident très-fréquent et qui revêt des formes bien diverses : anthrax, gangrène du poumon, gangrène des extrémités, gangrène de la peau, ulcération gangréneuse phagédénique.

L'anthrax est la forme la plus commune. Cette affection se développe le plus souvent à la nuque ou au dos; la destruction des tissus est considérable, et quoique la plupart du temps les malades échappent à cet accident, ils n'en restent pas moins fort affaiblis et ayant fait un pas considérable vers la cachexie.

La *gangrène de la peau* procède par plaques irrégulières plus ou moins étendues, siégeant habituellement aux membres inférieurs et détruisant toute l'épaisseur du derme.

La *gangrène des extrémités* comprend le sphacèle des orteils, du pied ou d'un membre inférieur dans sa totalité; le diabète revendique une bonne part de gangrènes dites *gangrènes séniles.* Un caractère presque constant de la gangrène diabétique, c'est de procéder par inflammation. Ainsi, la gangrène des membres est toujours précédée dans sa marche envahissante d'un cercle inflammatoire qui annonce et prépare la mortification. Ce symptôme est un bon signe diagnostique pour différencier la gangrène diabétique de la *gangrène sénile.*

L'*ulcère gangréneux phagédénique* diabétique est un accident rare, d'une persistance désolante et qui détruit peu à peu des parties considérables.

La *gangrène du poumon* est un accident mortel qui peut survenir à toutes les périodes de la maladie. C'est plutôt une sorte de ramollissement qu'une gangrène véritable, car, dans la plupart des cas, la partie n'exhale pas d'odeur spécifique.

Dans quelques cas nous avons observé une *congestion chronique du foie* qui a eu sur la marche de la maladie une influence très-funeste.

La vie des diabétiques, alors même qu'ils sont encore bien loin de la période cachectique, est donc sans cesse menacée par les accidents aigus les plus graves. Une écorchure, une ampoule peuvent devenir le point de départ de gangrènes mortelles; un excès, un refroidissement peuvent déterminer des

abcès, des pneunomies, des gangrènes pulmonaires ou des bronchites, qui ne sont qu'une première étape vers une phthisie ultime.

Enfin, si la mort immédiate n'est pas toujours la suite de ces divers accidents, elle en est toujours la conséquence indirecte par le développement de la période cachectique.

Période cachectique. — Deux nouvelles affections annoncent la *cachexie* diabétique : la *phthisie pulmonaire* et l'*albuminurie*, ces deux affections qui peuvent exister séparément, se montrent habituellement réunies dans la période de cachexie. Si la phthisie diabétique devient la scène pathologique, l'amaigrissement fait des progrès rapides, les forces s'en vont tout à fait ; l'appétit baisse et surtout les digestions se troublent ; la toux, les hémoptysies répétées, la fièvre hectique, les évacuations colliquatives amènent une mort plus ou moins rapide.

Quand les malades doivent succomber à l'*albuminurie* on constate des œdèmes diverses, la bouffissure du visage, la diminution progressive des urines, la céphalalgie, les troubles de la vue, puis des attaques d'éclampsie qui terminent brusquement la vie des malades.

II. Forme consomptive. — C'est la forme qui a été connue la première et qui pendant longtemps a servi de type à la description de la maladie ; elle est caractérisée par une marche plus rapide, une durée qui ne dépasse pas deux années ; la cachexie est apparente dès les premiers mois de la maladie.

La maladie débute par une soif excessive, une boulimie marquée et un amaigrissement qui fait des progrès chaque jour. Les affections diabétiques de la forme commune sont rares dans la forme consomptive ; la phthisie pulmonaire est ici l'affection dominante, elle apparaît souvent avant la fin de la première année, et elle marche avec une effrayante rapidité.

Cette forme de diabète n'attaque pas, comme la précédente, les constitutions fortes, les individus bien nourris ; elle sévit de préférence sur des constitutions affaiblies par des excès, des pertes, des privations. C'est le diabète des pauvres.

II. Forme bénigne.— C'est le diabète accidentel des auteurs. Cette forme est caractérisée par la disparition facile et quelquefois toute spontanée du sucre dans les urines. Elle est compatible avec toutes les apparences de la santé; et, comme elle guérit facilement elle a contribué à la réputation de tous ces prétendus remèdes infaillibles du diabète. La forme bénigne a tous les autres symptômes du diabète : la soif, les urines abondantes, la boulimie, les furoncles, et la chute facile des forces animales.

III. Forme aigue ou foudroyante. — Cette forme, caractérisée par l'intensité et la marche rapide des symptômes, est la plus rare de toutes. On en trouvera deux observations dans le livre de Marchal (de Calvi), p. 315 et suiv. Dans cette forme, les malades sont enlevés en quelques semaines par une affection diabétique : phthisie aiguë, gangrène du poumon; et surtout par les anthrax compliqués de phlegmon diffus si particuliers aux diabétiques.

IV. Forme irrégulière ou anormale. — Il y a des diabètes qui ne peuvent être classés dans aucune des formes précédentes, et qui sont surtout caractérisés par une marche irrégulière, et par des symptômes insolites.

Nous citerons les diabètes qui alternent avec des diarrhées chroniques, des attaques de goutte, ou même avec des intervalles assez longs de santé parfaite. Mais ce sont surtout les névroses qui interviennent ici et donnent à la maladie une physionomie toute particulière L'hystérie, l'hypochondrie, l'aliénation mentale, alternent ou concourent avec les symptômes du diabète. C'est dans ces cas qu'on observe quelquefois des impulsions génésiaques extraordinaires et en contradiction avec la frigidité habituelle aux diabétiques. J'ai soigné un artiste distingué, arrivé à l'âge de 55 ans, diabétique depuis plusieurs années, atteint d'une aliénation caractérisée par la crainte des voleurs, et en proie à des hallucinations en rapport avec ce délire. Cet homme avait tous les jours plusieurs rapprochements

sexuels complets. Les impulsions suicides et homicides se rapportent encore à cette forme de la maladie.

Telles sont les formes sous lesquelles se montre le diabète. Nous avons cru devoir admettre une forme bénigne de la maladie ; j'ai vu quelque cas qui me portent à le croire ; mais cette maladie est si bénigne en apparence dans la première période de la forme commune, si lente dans sa marche : elle a des dénouements si inattendus, qu'il faudra une longue suite d'observations pour décider s'il existe ou non une forme bénigne du diabète.

Etiologie. — Le diabète est une maladie héréditaire. Elle sévit plus fréquemment chez l'homme dans la proportion de 3 à 1 (Griesinger). Elle éclate habituellement de 40 à 50 ans ; elle est plus rare dans la vieillesse et paraît assez fréquente dans l'enfance, âge où elle revêt une gravité exceptionnelle. Le diabète est très-commun dans les pays humides et froids ; en Hollande, en Angleterre, dans le nord et dans l'ouest de la France. Cependant on l'observe aussi dans les pays chauds. On a accusé les féculents et le régime végétal de produire le diabète. Mais les religieux qui s'abstiennent de viande toute l'année sont très-rarement atteints par cette maladie. L'abus du vin, des boissons froides (des boissons acides?) joue un rôle plus important dans la production du diabète.

Les préoccupations et les émotions morales doivent être comptées au nombre des causes occasionnelles du diabète. Le froid humide, le refroidissement le corps étant en sueur, sont autant de circonstances favorables au développement de cette maladie.

Le diabète est dû à un accroissement considérable de la production du sucre par le foie et à la non-destruction de ce sucre produit en excès. Le sucre se mêle au sang artériel et est éliminé en partie par les urines. D'après les plus récentes expériences physiologiques, cette fonction glycogénique exagérée du foie serait sous l'influence de l'influx nerveux qui prend sa source dans cette partie des cordons de la *moelle allongée*, connue sous le nom de *plancher du quatrième ventricule*.

Traitement. — Le traitement du diabète est encore fort peu avancé. Beaucoup de médecins font consister toute la thérapie de cette maladie dans le régime. Le régime a certainement pour effet de diminuer beaucoup la production du sucre ; il a donc un *effet palliatif* dont on doit tenir grand compte tant que nous ne posséderons point de médicament capable de lutter plus efficacement contre la maladie. Le régime se résume en ces mots : abstinence de féculent et de matières sucrées. Pour remplacer le pain, on a fait un pain de gluten fort désagréable et dont les malades se fatiguent vite. Aussi aujourd'hui la plupart des médecins permettent, soit des échaudés, soit un peu de pain très-cuit.

Le régime se compose de viandes, de poissons, d'œufs, de lait, de beurre, de fromage, de légumes verts, de fruits rouges, et même pour Trousseau de toute espèce de fruits, y compris le raisin. La boisson la meilleure est le vin rouge coupé d'eau et la bière fortement fermentée. D'après mon expérience personnelle, on ne doit pas abuser du vin pur, et surtout des alcools.

Mais le régime alimentaire ne suffit pas, il faut y joindre l'*exercice au grand air poussé jusqu'à la transpiration*. L'habitation *au bord de la mer* est une condition très-favorable pour les diabétiques qui ne souffrent pas de la poitrine. Certains malades voient la sueur diminuer considérablement ou même disparaître tout à fait par leur habitation sur les bords de la mer, tous sentent leur force revenir. L'habitation dans les *climats tempérés* pendant l'hiver est aussi une bonne condition pour la guérison du diabète.

L'*hydrothérapie* vient encore en aide à la thérapeutique en augmentant les forces, en ranimant les fonctions de la peau et en diminuant beaucoup la facilité que les diabétiques ont à tousser l'hiver.

Après le régime, le grand cheval de bataille dans le traitement du diabète est l'usage des *alcalins*, et en particulier des eaux de Vichy. Nous ne voulons pas nier que, dans une certaine mesure, ce traitement ne soit pas avantageux aux diabétiques, surtout quand il est administré sous forme d'eau de Vichy,

prise à la source. Seulement il ne faut pas oublier que les eaux de Vichy contiennent de l'*arsenic*, et que la théorie qui porte à prescrire des alcalins est une théorie fausse, puisqu'elle suppose que les alcalins ont la puissance de brûler le sucre chez l'homme vivant, tandis qu'il leur faut 95 degrés pour opérer cette décomposition.

Le traitement homœopatique du diabète est encore fort peu avancé. L'ensemble des symptômes indique *natrum muriaticum*, *phosphori acidum*, *mercurius*, *carbo vegetabilis* et *ledum palustre*. Ces médicaments correspondent assez grossièrement aux symptômes du diabète, et je n'en ai rien obtenu. *Arsenicum* qui, indépendamment des symptômes généraux, répond encore aux furoncles, aux anthrax et à la gangrène, m'a rendu de véritables services dans la *forme commune*, et spécialement *intus* et *extra*, dans le traitement des anthrax. Je donne à l'intérieur la 3e trituration, et je fais recouvrir l'anthrax d'une pommade contenant de 0 gr. 25 cent. à 2 grammes de la 2e trituration, mélangée à 4 grammes d'axonge.

Creosotum m'a rendu quelques services, mais je ne puis encore en préciser les indications. Je n'ai rien retiré du *sulfur de carbone*, qui cependant produit un diabète artificiel.

L'*azotate d'urane* mérite une mention spéciale dans le traitement du diabète. Cette substance, qui produit un diabète artificiel chez les chiens, fait disparaître le sucre chez les diabétiques en l'absence de tout régime. Il y a même un certain nombre d'observations dans lesquelles la maladie a été complètement guérie. Les médecins qui ont employé l'azotate d'urine ont prescrit en général des doses fortes et croissantes, des premières triturations décimales (Curie, Ozanam). Cependant il y a un bel exemple de guérison complète avec la 6e dilution (Love). Huit années d'expériences ont confirmé pour moi l'action favorable de l'*azotate d'urane* dans le traitement du diabète. Ce médicament donne rarement une guérison radicale et définitive mais presque toujours une amélioration considérable dans l'état général du malade. L'indication principale de l'azotate d'urane se tire de la soif excessive.

Helonias dioïca. — Le Dr Hale a cité plusieurs cas de diabète guéris par l'hélonias ; c'est un irritant spécial de la membrane muqueuse génito-urinaire. Il produit de la douleur et de la pesanteur des reins, de l'urination fréquente et abondante et de la brûlure dans l'urèthre.

Natrum sulfuricum. — Un cas de guérison du diabète par ce médicament a été publié dans le *British journal of homœopathy.*

Nous citerons encore comme médicaments à étudier : *lachesis*, *aranea tarentula* et *curare.* Ces médicaments ont parmi leurs effets physiologiques l'excrétion des urines chargées de sucre.

CHAPITRE III

MALADIE DE BRIGHT

Définition. — C'est une maladie caractérisée par l'inflammation *parenchymateuse* des reins ; inflammation qui a pour conséquence, la présence dans l'urine d'albumine mêlée à des débris de *tubuli*, des hydropisies et une cachexie spéciale.

Cette maladie est distincte de l'albuminurie avec ou sans lésion rénale qu'on observe à titre de symptôme et d'affection symptomatique dans un grand nombre de maladies; mais elle est surtout distincte d'une affection caractérisée par l'inflammation interstitielle ou *sclérose des reins.* Nous consacrerons un chapitre spécial à cette affection si fréquente et aujourd'hui suffisamment connue.

Les *albuminuries symptomatiques* présentent trois variétés : urines simplement albumineuses, urines contenant de l'hématoglobuline unie à l'albumine, urines albumineuses avec débris d'épithélium provenant de la membrane des tubuli.

1° *Urines contenant seulement de l'albumine.* C'est un vice de sécrétion caractérisé par le passage de l'albumine du sang dans l'urine. Cette albuminurie, essentiellement transitoire, se montre dans une foule de circonstances.

Dans les *expériences physiologiques*, on détermine cette albuminurie en produisant la congestion totale ou partielle de la glande rénale : injection d'eau dans les veines ; ligature de la veine rénale ; ligature d'une branche artérielle et congestion partielle du rein par circulation compensatrice. La piqûre du plancher du 4e ventricule produit une albuminurie simple ; il en est de même d'une nourriture exclusive avec l'albumine ou les substances albumineuses.

Les *états morbides* qui s'accompagnent de cette variété d'albuminurie sont : les oblitérations des veines rénales ; certaines albuminuries de la grossesse ; l'albuminurie des maladies du cœur, lorsque la systole cardiaque devient insuffisante et que les reins sont soumis à une congestion veineuse consécutive. La congestion rénale, qui se produit pendant la période des fièvres intermittentes et pendant la période algide du choléra, détermine encore l'albuminurie simple. Enfin la pleurésie, la pneumonie, la bronchite capillaire, arrivées à leur période de résolution, jettent dans le torrent circulatoire des masses de fibrine qui sont excrétées sous forme d'albumine. C'est le même mécanisme qui produit l'albuminurie dans l'*atrophie musculaire*. Dans la phthisie, il y a albuminurie dans les cas où les sueurs se suppriment et où l'*urée*, évacuée habituellement par les sueurs, se transforme en albumine et passe par les urines. On observe encore l'albuminurie dans la diathèse purulente. Elle peut apparaître d'une manière tout à fait accidentelle après une mauvaise digestion, lorsque les aliments azotés, transformés en albumine par un premier travail, ne subissent pas les transformations successives nécessaires pour la nutrition.

2° *Albuminurie avec mélange d'hématoglobuline ; hématinurie des Allemands ; albuminurie globulaire* de M. Jaccoud. Cette albuminurie, due à une altération des globules du sang, qui perdent une partie de leur albumine en même temps que leur matière colorante, doit être distinguée avec soin de l'*hématurie*, dans laquelle le sang lui-même, avec ses globules intacts, passe dans l'urine. Cette variété d'albuminurie s'observe dans l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié et par l'acide carbonique ; elle est fréquente dans la fièvre scarlatine, et plus rare dans les

autres fièvres éruptives. Nous la retrouverons dans la maladie de Bright.

3° *Albuminurie avec lésion rénale.* C'est une affection symptomatique ayant une certaine durée, et non plus un symptôme transitoire. On peut la reproduire expérimentalement en recouvrant les animaux d'un enduit imperméable et en les empoisonnant par l'arsenic, le mercure et le plomb. Dans ce cas, l'albumine, excrétée sous forme d'albuminate métallique, se sépare par la chaleur et par l'acide nitrique ; dans l'empoisonnement par le mercure, c'est souvent un composé plus oxygéné, la *tyrosine*, qui remplace l'albumine.

On peut observer cette troisième variété d'albuminurie dans le cours des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, du typhus, de la suette, de la diphthérie ; dans le cours et surtout à la fin de toutes les diathèses, des maladies constitutionnelles et cachectiques, mais spécialement dans l'alcoolisme. La plupart de ces albuminuries symptomatiques sont rattachées aujourd'hui à l'histoire de la *sclérose des reins*.

L'histoire clinique de l'*albuminurie essentielle* ou *maladie de Bright* est encore fort incomplète ; cependant nous pouvons, des aujourd'hui, décrire quatre formes de cette maladie : *forme bénigne*, *forme commune*, *forme maligne* et *forme anomale*.

I. Forme commune. Elle débute par de la pâleur de la peau et des muqueuses, de l'anémie, et par la diminution des forces musculaires. Cet état, avec des troubles de la digestion et des douleurs sourdes dans la région des reins, se prolonge habituellement plusieurs mois avant d'éveiller l'attention des malades et du médecin, en sorte qu'il est difficile de dire s'il précède de longtemps l'apparition de l'albumine dans les urines. Des douleurs de tête habituelles, des vertiges, surtout l'augmentation de la soif et de la quantité des urines, enfin l'apparition de l'œdème palpébral et interpalpébral complètent la série de la première période de cette maladie.

L'urine présente alors les caractères suivants ; elle est pâle ; elle a perdu son odeur spécifique, et habituellement ne prend plus, par l'usage des asperges, cette fétidité

si particulière ; elle mousse beaucoup ; sa densité, fortement diminuée, n'est plus que de 1010 ou même 1006. Cette urine est moins acide, elle ne dépose pas de sédiments d'urate, les sels ont beaucoup diminué, surtout les chlorures. L'urée, qui, dans l'urine normale, atteint le chiffre de 30 grammes en vingt-quatre heures, se réduit jusqu'à 5 grammes. La quantité d'albumine perdue en vingt-quatre heures est extrêmement variable ; elle diffère de 2 grammes à 35 grammes. L'acide nitrique et l'ébullition sont les deux moyens pratiques de reconnaître la présence de l'albuminurie dans l'urine. Ces deux moyens sont nécessaires pour éviter toute cause d'erreur ; en effet, des urines alcalines et chargées de phosphates précipitent par la chaleur sans contenir d'albumine, et le précipité se dissout par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique ; avec l'acide nitrique, les urates peuvent donner lieu à une opalescence prise pour de l'albumine ; ce trouble est causé par l'acide urique dégagé des urates par l'action de l'acide nitrique ; cet acide, moins soluble que les urates, se précipite ; le précipité se dissout par l'ébullition ou par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Les précipités obtenus par l'acide nitrique et par la chaleur se redissolvent toujours *à chaud* par un excès d'acide. L'examen microscopique permet de reconnaître, dans les urines de la maladie de Bright, des cellules épithéliales provenant des tubuli, des cylindres formés par des débris de cellules épithéliales moulés dans les tubes droits, des cylindres graisseux, granulo-graisseux, et enfin des cylindres hyalins ou séreux. La présence de l'élément graisseux ne se rencontre que dans la maladie de Bright confirmée.

La maladie, ainsi constituée par de l'anémie, de la faiblesse, des urines albumineuses, un œdème fugitif ou nul, quelquefois un peu de trouble de la vue et de vertiges, des épistaxis, peut se prolonger pendant plusieurs mois.

La *deuxième période* est annoncée par l'établissement définitif des œdèmes et par leur augmentation progressive. Nous l'avons déjà dit, l'œdème de la maladie de Bright est mobile ; il débute souvent par la face, où il est plus marqué le matin, et il

devient pathognomonique quand il siége sur les paupières ou sur les conjonctives. A cette période, l'œdème garde peu l'impression du doigt.

De semaine en semaine, le symptôme hydropisie acquiert plus d'importance, l'anasarque prend son siége principal aux membres inférieurs, remonte chaque jour, gagne le scrotum ou la vulve, et atteint bientôt un degré considérable.

Le malade perd son appétit et ses forces, il est pris souvent d'une diarrhée qui n'a aucun résultat avantageux sur la marche de l'hydropisie; souvent il s'y joint un catarrhe bronchique et des affections cardiaques diverses. Le malade ne peut plus marcher, il ne quitte plus le lit ou le fauteuil; l'essoufflement prend une importance qu'il n'avait pas au début, et la maladie arrive à la 3e période.

3e *Période.* — Les membres sont démesurément gonflés; la peau rouge, distendue, devient le siége d'une inflammation chronique et il s'établit des ruptures et des ulcérations par lesquelles le malade perd une quantité d'eau considérable. Malgré cette évacuation incessante, les membres diminuent peu ou ne diminuent point; l'hydropisie remonte et se montre simultanément à la face et aux mains; tout le corps est infiltré. En même temps, les cavités splanchniques se remplissent d'eau : ascite, hydrothorax, hydropéricarde et œdème du poumon. La diarrhée vient encore affaiblir le malade; des hémorrhagies diverses, des taches ecchymotiques, des pétéchies, le muguet, annoncent la terminaison fatale, qui est quelquefois accélérée par une phlegmasie ultime. Souvent, dans les derniers jours, l'hydropisie atteint la cerveau et ses membranes, et les malades périssent dans la somnolence et le coma. Notons encore des gangrènes ultimes qui frappent les parties œdématiées.

Pendant ce temps les urines continuent à présenter de l'albumine en quantité variable. Elles sont elles-mêmes plus ou moins abondantes. Il n'est pas rare d'observer dans les derniers jours une grande diminution ou même la disparition complète de l'albumine. Ordinairement les urines deviennent plus rares dans la dernière période. Nous n'avons point parlé

des accidents urémiques, attaques apoplectiformes et éclamptiformes qu'on observe quelquefois parce que ces accidents se rattachent principalement à la *forme maligne* et à la *forme anomale*.

II. Forme bénigne. — Elle est généralement décrite sous le nom de *maladie de Bright aiguë*. Nous l'appelons bénigne pour la distinguer de la forme grave, dont la marche est aiguë.

La forme bénigne débute par un mouvement fébrile intense, une douleur notable dans la région des reins et presque toujours un vomissement initial. Le même jour ou le lendemaiu, les urines, brunes et peu abondantes, contiennent de l'albumine en grande quantité et en plus de l'hématoglobuline. Un œdème variable se montre à la face et plus spécialement aux paupières. Ce dernier symptômes manque quelquefois complètement; d'autres fois il atteint au contraire un haut degré d'intensité. Ce n'est plus un œdème mais une anasarque qui occupe tout le corps.

Cet ensemble de symptômes se maintient quelques jours; mais le plus souvent, à la fin du premier septénaire, la fièvre tombe, les urines deviennent plus claires et plus abondantes, l'appétit revient et les malades se rétablissent complètement. Il faut savoir néanmoins qu'exceptionnellement les symptômes convulsifs et apoplectiques peuvent se montrer dans la forme bénigne.

III. Forme maligne. — Elle est caractérisée par un mouvement fébrile intense, des urines rares, sanguinolentes et albumineuses; mais principalement par des symptômes cérébraux auxquels on a donné le nom d'*intoxication urémique*. L'explication de ces symptômes graves par la rétention de l'urée dans le sang n'est pas toujours légitime, puisqu'ils s'observent dans des cas où les urines coulent abondamment et où par conséquent il n'y a point de rétention d'urée dans le sang.

L'affection cérébrale la plus commune est l'*éclampsie*, qu'il est inutile de décrire en ce moment; qu'il nous suffise de dire qu'elle est toujours excessivement grave.

D'autres fois on observe une attaque apoplectiforme, sans convulsion, et les malades succombent dans le coma. Cette forme de la maladie de Bright se complique souvent d'une inflammation aiguë du poumon, de la plèvre, du péricarde et du péritoine, complications qui enlèvent le malade.

Dans cette forme, l'anasarque est habituellement considérable, la quantité d'albumine rendue par les urines est extrêmement variable; elle est souvent mélangée d'hématoglobuline, surtout au début.

IV. Forme anomale. — Dans cette forme, l'hydropisie fait défaut ou est extrêmement légère ou fugitive, l'albumine est peu abondante; il n'y a point de mouvement fébrile et cependant les malades sont exposés aux accidents les plus graves.

Les plus fréquents de ces accidents sont les affections cérébrales, apoplexie ou éclampsie. Les malades sont enlevés subitement, alors qu'on les croyait à peine malades. D'autres fois ce sont des affections du cœur, des endocardites surtout, qui se terminent plus ou moins vite par la mort. Ces accidents graves ultimes peuvent survenir prématurément, ou au contraire être précédés pendant longtemps d'un état peu grave en apparence et caractérisé seulement par un affaiblissement progressif, de l'anémie et un peu d'albumine dans les urines.

Anatomie pathologique. — C'est une véritable inflammation *parenchymateuse* caractérisée histologiquement par la tuméfaction et l'infiltration de granulations protéiques des épithéliums des *tubuli*, en même temps que se produit un exsudat fibrino-albumineux à l'intérieur des canalicules.

Les reins sont considérablement augmentés de volume et cette hyperplasie porte uniquement sur la substance corticale. Dépouillés de leur enveloppe, les reins sont parfaitement lisses et blanchâtres : ce sont les *gros reins blancs* parfaitement distincts des reins atrophiés et brunâtres de la néphrite interstitielle.

Le plus souvent les épithéliums tuméfiés s'infiltrent de granulations graisseuses qui donnent à l'organe malade une coloration jaunâtre.

En général, le tissu conjonctivo-vasculaire ne prend aucune part à la lésion de la néphrite parenchymateuse.

Cette lésion peut, à son début, se terminer par résolution et le retour de l'organe à son état physiologique.

Dans la forme grave, le rein présente une congestion de la substance corticale du rein, portée au plus haut point.

Etiologie. — La maladie de Bright est fréquente dans les pays froids et humides ; elle sévit principalement de 30 à 50 ans, et plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle est héréditaire à un certain degré. L'abus des alcools est une cause prédisposante très-puissante. C'est plutôt la maladie des pauvres que des riches.

La grossesse est la cause la plus fréquente de la forme maligne de la maladie de Bright. Après la grossesse, vient l'action d'un froid prolongé, ou celle d'un froid brusque, le corps étant en sueur.

Traitement. — Dans les formes à marche aiguë (formes bénigne et maligne), les médicaments sont : *belladona*, *cantharis* et *arsenicum*.

Belladona est indiquée par le mouvement fébrile, la céphalalgie, les vomissements et l'imminence des symptômes cérébraux. Ce médicament m'a rendu des services considérables dans ces circonstances. J'emploie habituellement la 2e dilution en goutte. Quand les accidents convulsifs surviennent malgré *belladona*, j'administre *æthusa cynapium* de la même manière, et *opium*, quand le coma domine. *Cantharis* et *arsenicum* sont indiqués par les urines sanguinolentes. Le ténesme, l'ardeur des urines, fait préférer *cantharis*, qu'il faut remplacer par *arsenicum*, après vingt-quatre ou quarante-huit heures. *Helleborus* a rendu quelques services dans ces cas, et quelquefois *aconitum*, quand le mouvement fébrile est intense. Pour éviter des répétitions, nous renvoyons au chapitre de l'*éclampsie*, pour les détails du traitement des *accidents urémiques* consécutifs à la maladie de Bright.

Dans la forme commune, *arsenicum*, *aurum muriaticum*, *nitri acidum*, *plumbum*, *mercurius*, répondent à l'ensemble des sym-

ptômes. *Arsenicum* et *aurum muriaticum*, le premier surtout, comptent un certain nombre de guérisons de la maladie de Bright.

Plumbum qui produit par l'empoisonnement chronique une image si parfaite de la forme commune, devrait être expérimenté dans le traitement de cette maladie.

Digitalis, *phosphorus*, *china*, *ferrum*, sont indiqués par certaines complications.

Apis mellifera n'a pas encore été très-souvent expérimenté; et cependant on lui doit déjà de nombreux succès.

Soins hygiéniques et régime. Le malade doit éviter le froid et l'humidité. Aussi l'habitation dans les pays chauds est une chose très-utile pour la guérison de cette maladie.

Les vêtements de laine, l'usage habituel de la flanelle sur la peau, est une précaution de rigueur.

Le *régime lacté* a une influence considérable sur la guérison de cette maladie et compte plus de succès à lui tout seul que toutes les médications pharmaceutiques. Le régime lacté doit être établi d'abord dans toute sa sévérité, et quand le malade ne peut plus le supporter, il doit consommer encore chaque jour un à deux litres de lait.

Il faut éviter avec soin toutes les boissons fermentées.

CHAPITRE IV.

NÉPHRITES INTERSTITIELLES

La néphrite interstitielle ou sclérose du rein n'est point une maladie et sa place légitime, dans ce livre, serait au chapitre des *affections du rein*. Mais comme cette néphrite a été longtemps confondue avec la maladie de Bright, nous avons jugé utile d'en placer l'histoire immédiatement après cette dernière.

La néphrite interstitielle est caractérisée anatomiquement par la formation, dans la charpente conjonctive des reins, d'éléments embryonnaires analogues aux corpuscules lympha-

tiques. Ces éléments se transforment en tissu fibrilaire et déterminent la *sclérose* des reins.

Les symptômes qui accompagnent cette lésion sont la soif avec polyurie, le passage dans les urines de l'albumine en quantité très-variable, l'absence ou le faible degré de l'œdème, et enfin des troubles cardiaques divers dont le plus caractéristique est l'hypertrophie du cœur.

Cette affection ainsi constituée par une lésion et des symptômes bien déterminés, se rencontre le plus souvent dans la goutte. Nous avons signalé dans nos *leçons cliniques* sa fréquence dans l'aortite chronique, qui est elle-même si souvent une affection goutteuse. Mais le rapport de la sclérose du rein avec la lésion de l'aorte a encore été affirmé par M. Lancereaux, qui rapporte un certain nombre de cette affection à un *rétrécissement congénital* de l'aorte. D'autres auteurs ont considéré la lésion rénale comme primitive et ont voulu expliquer par elle les autres lésions concomitantes et entre autres les artérites et l'hypertrophie du cœur. L'obstacle apporté au cours du sang dans les artères rénales par l'état scléreux du rein amènerait une augmentation de pression considérable dans le système artériel, d'où son inflammation chronique et l'hypertrophie du cœur. Cette opinion est renversée par les cas très-fréquents où l'observation clinique démontre la préexistence des lésions cardo-aortiques.

En résumé, la sclérose du rein est une affection goutteuse.

L'empoisonnement chronique par le plomb produit souvent la sclérose du rein et des lésions artérielles concomitantes. Nous retenons ce fait, très-important au point de vue de la thérapeutique.

Le début de la néphrite interstitielle est extrêmement obscur. Habituellement, le médecin est trompé par les signes d'une affection cardo-aortique ou dyspepsique. Les malades se plaignent de palpitations et surtout d'étouffements. D'autres accusent des vomissements fréquents. Tous sont véritablement affaiblis et anémiques. A ce moment déjà le sphygmographe permet de constater une tension artérielle exagérée.

La soif et la polyurie se montrent bientôt et amène le médecin

à l'examen du rein. Il observe alors une douleur sourde dans les lombes, douleur qui n'augmente ni par le mouvement ni par la pression; des urines extrêmement abondantes, pâles et souvent un peu troubles, d'une densité très-faible, qui oscille de 1002 à 1010. Les réactifs ordinaires font reconnaître habituellement la présence de l'albumine dans les urines. Nous disons habituellement parce que nous avons observé des malades chez lesquels la présence de l'albumine était passagère. La quantité d'albumine est le plus souvent peu considérable; mais nous avons observé le contraire. L'œdème qui n'est jamais aussi prononcé que dans la maladie de Bright, peut manquer tout à fait.

La pâleur, la diminution des forces animales, font des progrès lents, mais constants. La dyspnée, les vomissements, la diarrhée; les symptômes cérébraux: céphalée, amaurose, attaques éclamptiques ou comateuses deviennent de plus en plus fréquentes. Il est rare qu'un même malade présente à la fois les symptômes cardiaques, cérébraux, gastriques ou intestinaux. La prédominance de l'une de ces affections donne à chaque cas individuel une physionomie particulière propre à égarer le diagnostic. Les uns se présentent avec de la dyspepsie et des vomissements habituels et font penser à un cancer de l'estomac; les autres ont des étouffements, des palpitations, et tous les signes de la cardo-aortite; d'autres ont des diarrhées incoercibles et ressemblent à des tuberculeux; enfin, ceux qui ont des accidents cérébraux, apoplexie ou convulsions, constituent encore une variété symptomatique qui a sa physionomie à part.

L'amaurose, ordinairement incomplète, les furoncles, les anthrax, les érysipèles, les phlegmons, les gangrènes, joints à la soif et à la polyurie, donnent à quelques-uns de ces malades l'aspect de diabétiques, et cette erreur de diagnostic a été faite quelquefois.

La sclérose du rein se *termine* ordinairement par la mort. Seulement la *marche* de cette affection est très-lente et peut présenter, sous l'influence du traitement, des temps d'arrêt

considérables. La *durée* de la maladie est donc toujours fort longue, de cinq à dix ans, et quelquefois plus encore.

La mort arrive quelquefois par l'épuisement du malade. Mais le plus souvent elle a lieu rapidement, par des accidents dyspnéiques ou cérébraux de nature urémique ; elle peut être subite et déterminée par une syncope.

Anatomie pathologique. — A côté des signes de l'artérite chronique, des lésions du cœur et de l'aorte, des arthrites et des anciennes lésions de la goutte, on trouve une lésion spéciale qui caractérise la néphrite interstitielle.

Dans la première période de la lésion, le rein est légèrement augmenté de volume et congestionné; la capsule se détache facilement et laisse à découvert une surface rougeâtre sur laquelle on remarque quelquefois des espaces plus pâles et blanchâtres.

La substance corticale est brunâtre, parsemée de points gris, de dilatation vasculaire et de points rouges formés par les glomérules de Malpighi dilatés; la substance médullaire est violacée et très-hyperémiée. Dans une période plus avancée, le rein diminue de volume, son tissu se rétracte, la capsule devient adhérente à la substance corticale qui présente des *granulations* dans toute son étendue. Ces granulations, grosses comme un grain de millet ou de chènevis, sont régulières, d'une couleur jaunâtre. La substance corticale diminue de plus en plus d'épaisseur, on trouve des kystes séreux se déformant et se rétractant par place, tandis que la substance médullaire participe très-peu à l'atrophie de l'organe.

Dans le degré le plus avancé, les reins réduits au volume d'un petit œuf, sont en grande partie transformés en tissu fibreux. Les artères rénales présentent les caractères de l'artérite chronique.

L'examen histologique démontre que la lésion siége dans le tissu conjonctivo-vasculaire des canalicules contournés et des corpuscules de Malpighi. Ce tissu est infiltré de cellules arrondies, analogues aux corpuscules lymphatiques. Ces cellules lymphoïdes s'allongent, forment des corps fusiformes qui, à leur

tour, sont transformés en tissu fibrillaire (Lancereaux). Cette lésion rétracte et atrophie, comme un tissu de cicatrice, les régions du rein dans lesquelles elles se développent; et, comme elles sont disséminées dans la substance corticale, les parties saines s'hypertrophient, deviennent saillantes et constituent les granulations qui caractérisent le rein sclérosé.

Les *épithéliums des tubuli* sont atteints secondairement et subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, colloïde en certain point, d'où la destruction de ces éléments, la formation de kystes et les lésions si variées qui viennent compliquer la néphrite interstitielle.

Étiologie.—Nous ne reviendrons point sur les rapports de la sclérose du rein avec la goutte, l'artérite et l'empoisonnement saturnin. Quant aux circonstances qui peuvent favoriser le développement de cette affection, elles sont fort mal connues. L'abus des alcools signalé par la plupart des médecins est nié par M. Lancereaux. Le froid et surtout le froid humide a une influence considérable sur la production de la maladie de Bright. Cette cause joue-t-elle le même rôle dans le développement de la néphrite interstitielle? Nous ne le savons pas. L'abus du thé et du café qui augmente la pression artérielle, les boissons abondantes qui surexcitent les fonctions rénales, jouent certainement un rôle dans la production de cette affection.

Traitement. — La nature même de la lésion, qui caractérise la néphrite interstitielle, nous donne la raison de l'incurabilité habituelle de cette maladie. Comment arrêter un processus qui conclut fatalement à l'atrophie et à la destruction d'un organe, et comment refaire cet organe, quand il est réduit à un tissu de cicatrice? Nous indiquerons néanmoins les médicaments qui s'adressant aux symptômes, ont au moins l'avantage de retarder considérablement la marche fatale de la maladie.

Ce que nous avons dit au paragraphe de l'étiologie indique suffisamment les soins hygiéniques nécessaires à la néphrite interstitielle; nous n'y reviendrons pas.

Nux vomica est le médicament principal quand la dyspepsie

et les vomissements tiennent le premier rang dans l'expression symptomatique; nous avons vu sous son influence les digestions se rétablir, les vomissements s'éloigner, la soif et la polyurie diminuer, les forces revenir. Nous avons employé constamment la 12e et la 30e dilution, deux doses par jour, pendant quatre jours; repos quatre jours et recommencer.

Plumbum qui semble si indiqué par l'ensemble de la maladie et par les symptômes gastriques, ne nous a pas réussi dans le trop petit nombre de cas où nous l'avons employé. Nous le signalons néanmoins à l'attention des médecins, car c'est certainement le médicament le plus parfaitement homœopathique à la maladie tout entière, puisque l'empoisonnement chronique par le plomb produit la néphrite interstitielle. Nous ne l'avons prescrit qu'à des dilutions élevées, la 12e et la 30e.

Arsenic est indiqué par trois symptômes qui se rencontrent fréquemment dans la sclérose du rein, la diarrhée, la soif, les urines abondantes et pâles. L'amaigrissement, la perte des forces, la cachexie imminente, confirment encore le choix de ce médicament, et cependant il a échoué entre nos mains; il ne nous a donné que des améliorations passagères et sans importance. Nous l'avons employé à toutes doses, de la 3e trituration à la 30e dilution.

Phosphori acidum est indiqué par les mêmes symptômes qu'*arsenicum*. Avec ce médicament, les urines abondantes sont claires comme de l'eau et forment, par le repos, un dépôt blanchâtre (Hahnemann, § 430 et 432), ce qui est très-caractéristique.

On rapporte quelques observations de guérison du *diabète insipide* par phosphori acidum. Or beaucoup de cas de diabète insipide doivent être rapportés à la sclérose des reins.

Nous avons employé ce médicament à toutes doses, sans grands succès.

Dans un état pathologique aussi rebelle, on devra essayer les médicaments indiqués par le diabète et par la maladie de Bright.

On ne doit pas perdre de vue les accidents urémiques qui terminent si fréquemment la néphrite interstitielle et qui sont annoncés par la légèreté spécifique des urines, coïncidant avec

leur diminution de quantité, les troubles de la vue et la céphalalgie. Le régime lacté et les autres moyens indiqués à propos de la maladie de Bright devront être employés.

CHAPITRE V

RACHITISME

Le rachitisme est une maladie caractérisée anatomiquement par l'hypergénèse des cartilages épiphysaires et du périoste; par le défaut d'ossification des tissus cartilagineux et fibreux, produit de cette hypergénèse; enfin par le ramollissement du tissu osseux dû à l'absorption des sels calcaires qui, dans l'état physiologique, donne à ce tissu sa dureté normale.

La *lésion* propre au rachitisme qu'on a voulu vainemcnt rattacher à une inflammation du tissu osseux, rappelle complètement le travail de la formation de ce tissu pour la réparation des fractures. Le rachitisme est donc, comme lésion, un trouble de la nutrition de l'os qui ramène ce tissu à la période cartilagineuse.

Une lésion analogue s'observe localement dans le cours des cachexies et en particulier dans la cachexie cancéreuse.

Le rachitisme se présente sous trois formes distinctes : la *forme commune*, la *forme bénigne* et la *forme maligne*.

La *forme commune*, exclusivement propre à la première enfance : la *forme maligne* ou *ostéomalacie*, et la *forme bénigne*, cette dernière fréquente surtout à l'époque de la puberté, mais qu'on retrouve aussi dans l'extrême vieillesse.

I. Forme commune. *Période prodromique.* — La maladie débute par de la tristesse, et le plus habituellement par une diarrhée persistante; l'enfant pâlit d'abord ; il maigrit rapidement et accuse bientôt un autre symptôme; c'est une douleur aiguë dans le système osseux, douleur qui est excitée par les mouvements et par le toucher. Aussi le petit malade reste immobile dans son lit, et loin de désirer qu'on le lève, il pousse des cris

dès qu'on essaye de le prendre. Cette douleur acquiert quelquefois un tel degré d'intensité que la nourrice est obligée de lui donner le sein sans le lever et en s'inclinant sur son berceau.

Période de déformation. — Avec les douleurs apparaissent les déformations osseuses, déformations dont le mode d'apparition varie suivant que l'enfant a ou n'a pas encore commencé à marcher.

Dans ce dernier cas, la déformation commence par le thorax et la tête, s'étend ensuite aux membres supérieurs et enfin aux membres inférieurs. On observe habituellement un ordre inverse chez les enfants qui ont commencé à marcher.

La déformation de la poitrine est très-caractéristique, elle consiste dans une saillie du sternum avec applatissement des côtes sur la région latérale; cet applatissement s'étend de la 3e à la 9e côte, c'est la poitrine en carêne. Après la 9e côte, la cage thoracique s'élargit brusquement pour loger les viscères abdominaux. En même temps on constate, à la jonction des cartilages et des côtes, un gonflement articulaire qui constitue le *chapelet rachitique*. Cette déformation si curieuse de la poitrine s'explique par la pression atmosphérique pendant l'inspiration sur un squelette ramolli. L'élargissement de la base du thorax tient aux contractions exagérées du diaphragme pendant l'inspiration.

Le refoulement, et non, comme on l'a cru longtemps, l'hypertrophie du foie et de la rate, un développement considérable du tube gastro-intestinal, constituent la *grosseur* du ventre chez les rachitiques. Cette grosseur du ventre détermine une déformation du bassin, caractérisée par l'évasement, l'élargissement du grand bassin et le rétrécissement du petit bassin. La pression continuelle exercée sur les fosses iliaques par les viscères abdominaux pendant l'inspiration déforme les surfaces osseuses ramollies par la maladie. Tandis que les ischions se rapprochent par un mouvement de bascule, les cavités cotyloïdes tournent en dedans et en bas.

La *déformation de la tête* consiste en une augmentation de volume du crâne avec agrandissement des sutures et des fonta-

nelles; épaississement irrégulier des os du crâne et de la face; saillie des bosses frontales. Ces déformations sont dues à l'absence de l'ossification des fontanelles et des sutures et au développement considérable du cerveau. Notons encore un retard considérable dans la dentition.

Déformation des membres et des jointures. — Les avant-bras présentent une courbure dans le sens de la face palmaire, les humérus peuvent être courbés dans le même sens ou dans un sens inverse. Aux membres inférieurs, la déformation des fémurs n'est qu'une exagération de leur courbure naturelle; ils présentent une concavité en arrière et en dedans. La déformation des jambes se fait souvent dans le même sens chez les enfants qui n'ont pas encore marché, alors les membres inférieurs représentent deux parenthèses. Quand le malade a marché, la déformation est très-variable; quelquefois à courbure multiple, en Z; souvent à courbure en dedans, en sorte que les genoux se touchent dans la marche et que les individus sont *cagneux*.

L'hypergénèse du tissu épiphysaire et cartilagineux déforme les *articulations* qui sont très-grosses, en sorte que les membres présentent à chaque jointure une sorte de nœud; elles sont *nouées*. En même temps, les jointures sont extrêmement mobiles et présentent une étendue de mouvement tout à fait anormale.

La déformation du *rachis* se produit habituellement lorsqu'un enfant, un peu moins souffrant, commence à se tenir habituellement assis dans son lit. Ces déformations sont constituées par l'exagération des courbures naturelles de la colonne vertébrale; la portion cervicale, fléchie en arrière, raccourcit le cou et incline la face en haut; la portion dorsale, incurvée en arrière et ordinairement à droite, constitue la *gibbosité*. La région lombaire, fortement *ensellée*, contribue encore au rétrécissement et à la déformation du bassin.

Les différentes déformations que nous venons de décrire peuvent être partielles et asymétriques; quand les enfants ont marché avant le début de la maladie, elles commencent presque toujours par les membres inférieurs.

En même temps que les os ramollis par la maladie subissent des déformations si fâcheuses, un mouvement fébrile continu; des sueurs profuses; la diarrhée; des urines abondantes et chargées d'une grande quantité de phosphate calcaire; un catarrhe pulmonaire habituel; une grande gêne de la respiration, surtout dans le rachitisme du premier âge; un amaigrissement de plus en plus considérable; une extrême facilité dans la production des fractures, et, au milieu de ces désordres, un appétit vorace joint à une intelligence excessivement développée, constituent les autres symptômes de la maladie.

Période de cachexie. — Arrivé à ce degré, le rachitisme peut se terminer par la mort ou par la guérison. Dans le premier cas on voit se développer un véritable état cachectique, les diarrhées, les sueurs profuses, les insomnies, épuisent de plus en plus les petits malades qui succombent habituellement à une complication thoracique.

Période de réparation.— Si, ce qui arrive le plus souvent, les malades doivent guérir, la fièvre et la diarrhée cessent, les douleurs des os disparaissent, l'amaigrissement diminue, l'apparence de la santé, la gaîté, la tendance au mouvement, reviennent; les os se consolident, mais gardent plus ou moins la forme vicieuse qu'ils ont contractée pendant la maladie.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par l'absence des symptômes généraux et par une lésion habituellement très-limitée. Cette forme peut survenir à tout âge, c'est à elle que sont dus les asymétries du thorax et du bassin, le défaut d'aplomb et de rectitude dans les membres inférieurs, qui existent chez un grand nombre de personnes, en l'absence de tous autres signes de rachitisme; mais cette forme sévit plus spécialement chez la femme à l'époque de la puberté et aussi à l'occasion des grossesses. C'est elle qui produit alors des déviations de la colonne vertébrale, que M. Guérin ne veut pas reconnaître comme étant de nature rachitique, parce qu'elles ne sont ni précédées, ni accompagnées de déformation des membres inférieurs et du bassin.

Quand les jeunes filles ainsi atteintes par le rachitisme viennent à se marier et à avoir des enfants, la maladie se reproduit habituellement à chaque grossesse, et augmente chaque fois la déviation primitive; ce qui distingue cette forme du rachitisme de celle qu'on a désignée sous le nom d'*ostéomalacie*, c'est que la lésion osseuse ne se généralise jamais.

III. Forme maligne. — Cette forme, caractérisée par la généralisation rapide de l'affection osseuse, par des symptômes généraux intenses, et par une mort relativement rapide, comprend non-seulement la plupart des faits décrits sous le nom d'*ostéomalacie*, mais encore un bon nombre de rachitismes du premier âge.

Un mouvement fébrile intermittent ou rémittent, un amaigrissement rapide, des douleurs excessives, caractérisent le début de cette forme; elle marche rapidement et se termine par la mort, souvent après quelques mois de maladie.

Dans l'histoire de l'ostéomalacie telle qu'elle est tracée par les auteurs, on trouve encore des cas de rachitisme bénin, caractérisés par l'absence presque complète de symptômes généraux, et des cas de rachitisme de forme commune, présentant pour caractère particulier une influence considérable de l'état de grossesse, en sorte que la maladie devient tout à fait périodique, s'arrêtant plus ou moins dans l'intervalle des grossesses et reprenant sa marche à chaque nouvelle grossesse.

Anatomie pathologique.— La lésion du rachitisme est constituée au début de la maladie par l'épanchement d'un néoplasme sanguinolent, sous le périoste, dans le canal médullaire, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les lamelles du tissu compacte, dans les aréoles du tissu spongieux, le long des radicules des vaisseaux nourriciers; en même temps les sels calcaires des trabécules se résorbent et l'os revient à l'état de cartilage. Dans la période de réparation, toute cette substance s'ossifie de nouveau, et, comme dans le cal, le tissu osseux de nouvelle formation passe à l'état d'*éburnation*.

Étiologie.— Le rachitisme se développe principalement pendant la première dentition. Cependant il peut être congénital et se manifester à toutes les époques de la vie. Mais, en dehors de la première dentition, c'est presque exclusivement chez la femme à l'âge de la puberté, et pendant les grossesses, qu'on observe cette maladie. Le rachitisme est manifestement *héréditaire* et la *consanguinité* est une condition favorable à son développement. Des expériences précises faites sur les animaux ont démontré qu'une nourriture mal appropriée à l'âge de l'animal déterminait le rachitisme. Aussi cette maladie s'observe-t-elle souvent chez les enfants sevrés trop tôt, et nourris prématurément avec de la viande et du vin.

Traitement. — La réforme du régime, c'est-à-dire chez les petits enfants le retour au régime lacté, est une condition absolue pour la guérison du rachitisme.

La position horizontale est nécessaire dans la période de ramollissement du squelette; mais les malades doivent séjourner dans une chambre bien aérée et exposée au soleil ; on doit autant que possible les exposer à l'air libre.

Des appareils orthopédiques sont quelquefois nécessaires.

Dans un degré peu avancé, et dans les formes bénignes, la gymnastique et des frictions à l'eau salée constituent un traitement très-efficace.

Calcarea, qui compte parmi ses symptômes : les douleurs osseuses générales, l'amaigrissement considérable, la diarrhée habituelle, la chute des dents, l'ossification tardive des fontanelles, est le médicament principal du rachitisme. Ce médicament compte un certain nombre de succès cliniques.

Silicea est indiqué par Richard Hughes de préférence à *calcarea*. La transpiration de la tête seulement est caractéristique de l'emploi de ce medicament. Les 3e, 4e, 5e et 6e dilutions décimales sont recommandées par cet auteur.

Il en est de même de *phosphori acidum*, pareillement indiqué par l'ensemble des symptômes; mais aucune médication ne compte autant de succès que l'*huile de poisson*. Ce moyen est

presque spécifique dans le rachitisme. Aussi croyons-nous devoir le conseiller, dès que *calcarea* et *phosphori acidum* tardent à faire paraître leur action curative.

CHAPITRE VI

SCORBUT

Le scorbut est une maladie caractérisée : 1° par des hémorrhagies multiples; 2° par la putridité et la destruction des gencives.

Le mot scorbut dérive du mot slave *scorb*, qui signifie maladie, d'où les Danois et les Flamands ont fait *schorbect* et *scorbeck*, maladie, ulcère de la bouche. La description de cette maladie manque complètement dans les anciens auteurs.

Cette maladie présente trois formes à étudier : la *forme bénigne;* la *forme commune* et la *forme grave*.

I. Forme commune. 1re *période*. — Le scorbut débute constamment par le sentiment d'une grande lassitude, accompagnée d'une certaine tristesse et d'une répugnance croissante pour le mouvement. En même temps, la face pâlit, les conjonctives et les caroncules lacrymales prennent une teinte jaune verdâtre. Si le malade veut marcher, il sent ses jambes ployer en même temps qu'il est pris d'une accélération très-notable de la respiration.

Bientôt après, les malades ressentent de la chaleur et des démangeaisons dans les gencives ; elles saignent facilement et deviennent fongueuses. Les dents se détachent et s'ébranlent ; l'haleine est déjà fétide.

Les taches scorbutiques se montrent alors principalement sur les membres inférieurs. Ce ne sont encore que de simples pétéchies variables de grandeur et de couleur rouge bleuâtre ou tout à fait noire. Certains malades présentent dans cette première période quelques hémorrhagies, mais peu abondantes et faciles à arrêter. Les malléoles sont le siége d'un

œdème plus ou moins intense, mais qui disparaît pendant la nuit. On doit encore signaler dans cette première période des douleurs vagues dans les membres et des douleurs de pleurodynie.

Cependant les malades sont sans force ; ils conservent l'appétit et le sommeil et ils peuvent encore, quoique péniblement, se livrer aux travaux de leur profession.

2e *période.* — Les malades éprouvent une contraction des muscles fléchisseurs de la jambe et une roideur du jarret qui les empêche de marcher. Leur teint devient de plus en plus pâle et plombé, leurs forces diminuent considérablement et ils arrivent promptement à un état lipothymique permanent, qui les oblige à garder la position horizontale. La putridité des gencives fait de grands progrès ; elles s'ulcèrent profondément et se gangrènent; les dents tombent ; les ulcères scorbutiques, qui quelquefois ont commencé dès le début, prennent alors une extension considérable. Ces ulcères fournissent une sanie sanguinolente ; leurs bords sont livides, leur surface bourgeonnante; ils sont sujets à la gangrène. A mesure que la maladie augmente, ils deviennent le siége d'hémorrhagies et de végétations énormes, fongueuses, qui s'accroissent avec une rapidité très-grande et se reproduisent à mesure qu'on les enlève. Les plaies et les contusions des malades dégénèrent rapidement en ulcères scorbutiques. Aux taches pétéchiales de la première période se joignent de larges ecchymoses et de véritables hémorrhagies sous-cutanées formant des tumeurs variables.

Des hémorrhagies abondantes et multiples caractérisent encore cette période de la maladie, ce sont des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses, des mélæna, des hématuries.

Les malades, toujours sans fièvre, conservent habituellement de l'appétit; beaucoup sont constipés; quelques-uns sont en proie à une diarrhée dysentériforme ; tous sont sujets à la syncope; un certain nombre périssent subitement, lorsqu'ils veulent se lever ou quand on les expose au grand air.

Dans la 3e *période*, tous les symptômes augmentent considérablement. Les malades restent constamment couchés ; des ul-

cères nouveaux se produisent spontanément; les hémorrhagies se multiplient et épuisent les malades. C'est à cette époque qu'on observe les caries, le décollement des apophyses et des cartilages costaux, des gangrènes et des suppurations diverses. La gangrène se développe le plus souvent aux gencives et envahit des parties plus ou moins considérables de la face; elle se produit encore à la surface des ulcères. Quant aux suppurations, elles sont habituellement internes, et il est rare d'observer dans la période ultime du scorbut, des abcès superficiels. Seulement, à l'autopsie, on rencontre de vastes collections purulentes dans les cavités de la poitrine et de l'abdomen.

Le scorbut se termine par la mort, quand les malades sont dans de mauvaises conditions hygiéniques. Cette terminaison arrive subitement par syncope, à la suite d'un mouvement brusque ou d'une hémorrhagie; d'autres fois elle a lieu plus lentement par l'épuisement des forces, après des hémorrhagies, la gangrène de la bouche et des diarrhées répétées. Un caractère très-remarquable de cette maladie, c'est que les malades conservent jusqu'à la fin l'intégrité des fonctions intellectuelles.

Quand les malades guérissent, la convalescence est longue, sujette à rechutes si les malades s'exposent de nouveau aux causes du scorbut; les convalescents restent longtemps faibles et anémiques; ils présentent des paralysies consécutives, et d'après Lind et Boerhaave, ils sont sujets à devenir phthisiques.

II. Forme bénigne.— On l'a encore appelé *scorbut local*, parce qu'il est constitué la plupart du temps par l'état fongueux des gencives. A ce symptôme caractéristique, s'ajoute habituellement un certain degré de pâleur et d'affaiblissement musculaire. Aujourd'hui que les conditions hygiéniques ont fait disparaître presque complètement le scorbut, nous n'observons guère que cette forme bénigne qui atteint isolément dans les grandes villes quelques individus fortement prédisposés. Cette forme n'a aucune gravité et guérit facilement.

III. Scorbut malin. — Cette forme est caractérisée par la

marche rapide de la maladie, par l'apparition prématurée de la gangrène, par un mouvement fébrile très-prononcé.

Dans les relations d'épidémie, on rencontre un certain nombre de cas de scorbut dans lesquels tous les accidents revêtent presque immédiatement un caractère de grande gravité; l'accident principal est une gangrène mortelle des lèvres et des joues. Boerhaave à signalé dans ce cas une fièvre qui revêt tous les caractères de la fièvre putride. Ce mouvement fébrile a ici un caractère distinctif d'autant plus considérable que dans la forme commune la maladie parcourt toutes ses périodes sans présenter de fièvre.

La forme maligne se termine presque constamment par la mort, après une durée qui varie de trois semaines à trois mois.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des scorbutiques, on rencontre habituellement les signes de la mort par syncope, joints à ceux de la défibrination du sang. Ainsi le ventricule gauche du cœur est vide et le sang diffluent. Les viscères présentent des hémorrhagies interstitielles et des épanchements sanguins. On rencontre souvent des œdèmes; quelquefois des collections purulentes. Quand les malades sont morts dans la dernière période du scorbut, on constate encore des gangrènes, des caries, des décollements des épiphyses, et principalement des cartilages costaux. La rate, d'une couleur bleu-ardoise, est volumineuse et ramollie; les muscles poisseux; la putréfaction extrêmement rapide.

Les analyses de M. Andral ont démontré que la fluidité du sang chez les scorbutiques tenait à une diminution considérable de la fibrine, en même temps que les globules conservent leur proportion normale; mais les analyses de MM. Becquerel et Rodier conduisent à des conclusions directement contraires. L'explication de cette différence nous est donnée par ce fait que les derniers expérimentateurs ont opéré sur des cas à la première période, tandis que M. Andral a analysé le sang de scorbutiques très-avancés. Il résulte néanmoins de ces analyses que l'altération du sang ne saurait être la cause du scorbut, puisqu'elle n'apparaît que dans les dernières périodes.

Étiologie. — Un grand fait domine toute l'étiologie du scorbut, c'est la puissance des *causes externes* dans la production de cette maladie. Cette puissance est telle qu'on peut à volonté faire naître et faire disparaître le scorbut en soumettant de grandes réunions d'hommes à l'influence de cause déterminée. Nous ne voulons pas dire par là que le scorbut soit une maladie de cause externe; en effet, l'histoire des épidémies nous enseigne que les hommes soumis aux causes du scorbut ne contractent pas tous la maladie en même temps, ni au même degré. Elle nous montre surtout que si certaines organisations sont facilement atteintes par le scorbut, d'autres y résistent indéfiniment, d'où la nécessité d'admettre ici une *prédisposition définie* comme dans toutes les maladies. Seulement, dans le scorbut, les causes extérieures ont une puissance si grande, qu'elles absentes, la maladie n'éclate jamais, et qu'elles présentes, le scorbut se développe toujours. Parmi ces circonstances extérieures, celle qu'on rencontre en première ligne et qui joue le rôle de cause principale, c'est l'*abstinence de végétaux frais*. C'est la privation de végétaux frais qui engendre le scorbut pendant les longs hivers des pays septentrionaux; c'était elle qui multipliait cette maladie pendant les longs voyages de Vasco de Gama, de Cartier et de l'amiral Anson; c'est encore la même cause qui agit dans les siéges prolongés; cette circonstance de l'absence des végétaux frais est tellement capitale dans l'étiologie du scorbut, que tous les médecins, qui ont pratiqué sur mer et dans les pays où le scorbut est endémique, sont unanimes pour en reconnaître l'importance, et, de plus, tous s'accordent pour proclamer que le seul traitement véritablement efficace du scorbut est l'usage de végétaux frais, de fruits, et en particulier d'oranges et de citrons (1). La privation de viandes fraîches et l'alimentation avec des viandes ou des poissons salés ou fumés est la circonstance la plus importante après la privation des végétaux dans l'étiologie du scorbut. Viennent ensuite l'habitation dans des lieux obscurs, froids et hu-

(1) Voy. Lind., p. 149, 170, 174, 178, 260, 270, 276, t. I; Bachstrom, *Observat. circa scorbutum*, p. 15.

mides; une température froide; des vêtements insuffisants ou constamment mouillés; l'abus des liqueurs alcooliques; un excès de travail ou un défaut d'exercice. La tristesse et le découragement ont aussi une influence fâcheuse sur le développement et la marche de la maladie.

L'état de convalescence, surtout quand c'est la convalescence d'un scorbut antérieur, est une condition très-favorable au développement de la maladie. L'action de l'hérédité et de la contagion admise par plusieurs médecins n'est nullement démontrée.

Traitement.— La *prophylaxie* a une importance considérable dans les maladies engendrées sous l'influence des causes externes connues et puissantes; aussi une hygiène bien entendue a-t-elle fait pour ainsi dire disparaître le scorbut du nombre des maladies modernes. En se rapportant à l'étiologie, on constituera facilement le traitement prophylactique du scorbut. Nous rappelons seulement que quand on n'a pas pu se procurer de fruits ni de végétaux, on a obtenu quelques bons effets des sirops de fruit, du vinaigre, de la bière et du cidre, ou même de la composition, qui porte le nom de vin antiscorbutique et qui contient les médicaments suivants: *raifort sauvage*, *cochléaria*, *cresson* et *semence de moutarde*.

Les anciens employaient assez fréquemment les *acides minéraux* dans le traitement du scorbut, par analogie avec les bons résultats produits par les acides végétaux, et aussi dans le but de lutter contre l'alcalinité et la fluidité du sang. Mais ici la théorie comme l'analogie reçoivent de la pratique un complet démenti, et jamais les acides minéraux n'ont eu de succès dans le scorbut.

Nous examinerons successivement les médicaments indiqués par l'ensemble des symptômes et ceux qui répondent aux principales affections scorbutiques :

Les médicaments indiqués par la putridité des gencives et la tendance aux hémorrhagies, sont: *phosphorus*, *mercurius*, *carbo vegetabilis*, *arsenicum*, *lachesis* et *natrum muriaticum*.

Ces six médicaments contiennent dans leur pathogénésie

l'affection scorbutique des gencives et les hémorrhagies multiples, seulement nous manquons d'observations cliniques sur leur emploi dans le scorbut.

Parmi ces médicaments, *phosphorus* et *mercurius* sont les deux qui présentent le plus de symptômes analogues au scorbut.

Phosphorus présente au plus haut point la tristesse, la lassitude, la répugnance pour le mouvement, la faiblesse des jambes, et l'accablement physique et moral qui marque le début du scorbut. Le prurit, le gonflement des gencives, qui s'ulcèrent et saignent continuellement, l'ébranlement des dents, sont encore des symptômes du phosphore. La dyspnée au moindre mouvement, les points pleurodyniques, la roideur des jarrets, les taches livides, brunes, disséminées sur le corps et particulièrement sur les membres inférieurs, l'exhalation du sang par d'anciennes cicatrices, l'écoulement de sang continu par de petites plaies, des hémorrhagies par toutes les muqueuses, complètent un ensemble de symptômes qui représentent assez fidèlement le scorbut lui-même.

Mercurius présente le tableau d'un scorbut avec des symptômes de putridité plus marquée. Le gonflement et l'ulcération des gencives s'accompagnent de productions pseudo-membraneuses, et, à un degré plus avancé, de grangrène plus ou moins étendue des parties molles et de carie des os. La bouche exhale toujours une odeur putride et est le siége d'une salivation abondante. Les ulcères scorbutiques se trouvent aussi en rapport avec les ulcères fongueux et saignants du mercure. Les hémorrhagies, quoiqu'elles soient encore très-marquées dans la pathogénie de ce médicament, le sont cependant moins que dans le phosphore.

Le *carbo vegetabilis*, le *natrum muriaticum* et le *lachesis* présentent dans leur pathogénie l'affection scorbutique des gencives et les hémorrhagies; ils pourraient donc trouver leur indication dans certains cas particuliers.

Arsenicum répond principalement aux pétéchies et aux ulcères scorbutiques ; mais, nous l'avons dit en commençant, l'ex-

périence clinique nous fait défaut pour préciser davantage l'indication de ces médicaments.

Traitement des diverses affections scorbutiques. — Affections scorbutiques de la bouche. Quand les gencives sont gonflées, ulcérées et recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux, on les touche avec du jus de citron et à un degré plus avancé avec l'acide chlorhydrique.

Si la putridité devient extrême, avec des points gangréneux, le quinquina et l'arsenic en poudre et en gargarisme sont indiqués ; enfin les caries nécessitent dans quelques cas l'intervention chirurgicale.

Les ulcères scorbutiques seront pansés avec de la poudre de quinquina; peut-être que la poudre arsenicale rendrait des services dans les cas graves.

Les *hémorrhagies*, quand elles sont un peu abondantes et renouvelées, demandent un traitement local sur lequel nous reviendrons plus particulièrement en traitant du *purpura hæmorrhagica.*

CHAPITRE VII

PURPURA

C'est seulement à la fin du siècle dernier qu'on a commence à séparer le *purpura essentiel* des pétéchies, qui apparaissent comme symptômes dans un grand nombre de fièvres, et pendant la cachexie, dans la plupart des maladies chroniques. Le purpura est donc une maladie essentielle, ayant pour caractère positif la présence de nombreuses pétéchies, et pour caractère négatif l'absence de l'affection gengivale. Ce caractère négatif distingue le purpura du scorbut.

Le purpura se présente sous trois formes : 1° la *forme bénigne* ou *purpura simple;* 2° la *forme chronique;* 3° la *forme hémorrhagique.*

I. Forme bénigne. Cette forme est caractérisée par une éruption de pétéchies, sans hémorrhagies par les membranes muqueuses. Elle présente à étudier deux variétés : dans un premier degré, la maladie est constituée par une simple éruption ; dans un degré plus élevé, elle présente plusieurs éruptions successives.

1re *Variété.* — L'éruption est précédée de quelques jours de malaise, avec inappétence, céphalalgie et courbature ; les symptômes s'accompagnent souvent d'un mouvement fébrile plus ou moins intense. Alors apparaissent les taches de purpura. Ce sont de petites ecchymoses sous-cutanées, de la grosseur et de la forme d'une lentille, d'une couleur qui varie du rouge-sang au noir : elles siégent principalement aux membres et surtout aux membres inférieurs ; cependant on en a observé quelquefois sur les paupières, mais le fait est rare. Ces taches, étant formées par un petit épanchement sanguin, ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

Il apparaît quelquefois, dans différents points des membres supérieurs, de petites tumeurs circonscrites très-dures, sans changement de couleur à la peau, et qui se forment très-rapidement ; elles sont dues à de petites hémorrhagies du tissu cellulaire. La tendance aux extravasations sanguines est telle dans cette maladie, qu'une pression un peu forte sur une partie quelconque détermine facilement la formation d'une ecchymose.

Dans la variété que nous étudions, l'éruption est complète dès les premiers jours de la maladie ; puis immédiatement le travail de résorption commence, les taches passent du brun au vert et au jaune et disparaissent comme toutes les ecchymoses. La durée de la maladie est tout au plus de deux septénaires.

2e *Variété.* — La seconde variété est constituée par des éruptions successives qui présentent la plus grande analogie avec l'éruption unique dont nous venons de donner le tableau. Ainsi, pendant la période même de résolution, le malaise, la courbature, le mouvement fébrile reparaissent et de nouvelles taches se produisent auprès de celles qui sont déjà en voie d'absorption.

La durée de cette variété se prolonge habituellement pendant plusieurs septénaires.

II. Purpura hæmorrhagica. Verloff, qui donna la première description de cette maladie, l'appela *maladie tachetée hémorrhagique*. Elle est caractérisée par une éruption de pétéchies tout à fait analogue à celle du purpura, et de plus par des ecchymoses sous-muqueuses et par des hémorrhagies multiples. Ces hémorrhagies et un mouvement fébrile presque constant, donnent à cette forme un caractère de gravité qui la sépare complètement du purpura simple.

La maladie débute par du malaise, un sentiment d'anxiété et de courbature, remplacé bientôt par un mouvement fébrile, caractérisé principalement par un pouls grand, rebondissant, hémorrhagique; alors apparaissent les taches; elles sont plus larges que dans le *purpura simplex*, mais affectent la même forme, la même coloration et le même siége. Ce qui, dès le début, caractérise le *purpura hæmorrhagica*, c'est la présence d'ecchymoses sur la muqueuse buccale et quelques épistaxis. Les pétéchies ne précèdent pas toujours les hémorrhagies par les muqueuses, quelquefois la maladie débute d'emblée par des épistaxis et les taches n'apparaissent qu'au bout de quelques jours.

Les hémorrhagies constituent le caractère dominant de la maladie arrivée à sa période d'état; les plus fréquentes de toutes sont les épistaxis, qui se renouvellent plusieurs fois par jour. Abondantes, composées d'un sang encore très-riche, elles se font avec une certaine violence, ont tout le caractère des hémorrhagies dites actives et sont suivies d'une amélioration momentanée. Au commencement les accidents s'arrêtent avant que le malade soit trop affaibli; mais, après une rémission de courte durée, les hémorrhagies recommencent avec plus de violence que la première fois, aux épistaxis s'ajoutent des hématémèses et des mélæna; l'hémoptysie est infiniment plus rare. Le malade, épuisé par ces hémorrhagies multipliées, devient extrêmement faible; les muqueuses sont décolorées; la peau pâle, diaphane, prend l'apparence de la cire; des lipo-

thymies et de véritables syncopes se produisent alors avec la plus grande facilité. Cependant le pouls conserve encore le caractère que nous lui avons assigné; il est rebondissant et souvent dicrote. Quelquefois la maladie semble s'arrêter encore pendant plusieurs jours; mais, si l'issue doit être funeste, cette rémission incomplète est remplacée par des accidents de plus en plus graves; les hémorrhagies sont continuelles; le sang est pauvre, décoloré, et sans plasticité; les hémorrhagies ont revêtu à ce moment le caractère des hémorrhagies passives; le pouls est devenu petit et dépressible, et le malade succombe soit dans l'état lipothymique, soit plus brusquement par une syncope ou par des accidents de suffocation déterminés par une apoplexie pulmonaire; quelquefois enfin, mais très-rarement, le malade meurt dans l'assoupissement et les convulsions causées par une hémorrhagie intra-crânienne. Les rémissions dont nous avons parlé sont quelquefois assez marquées pour que la fièvre cesse tout à fait et pour que les malades commencent à prendre de la nourriture. Le retour des accidents est presque toujours annoncé par le retour du mouvement fébrile.

Quand la maladie doit se terminer par la guérison, les hémorrhagies s'éloignent, la fièvre diminue, puis disparaît tout à fait. Les pétéchies se résolvent en parcourant les mêmes phases que dans le *purpura simple*.

La *marche* de cette maladie est rémittente; sa durée est de un à trois septénaires; habituellement, elle atteint son apogée du septième au dixième jour. Il faut savoir qu'elle peut se terminer brusquement par la mort, à toutes ses périodes.

Graves a décrit une variété de purpura dans laquelle les taches pétéchiales étaient remplacées par une éruption érythémateuse, rouge, arrondie, et analogue à celle du typhus fever; les autres symptômes étaient en tout comparables à ceux du purpura.

La convalescence est longue. Les malades restent *anémiques* pendant longtemps. Les rechutes sont faciles, mais nous n'avons pas de renseignements sur les récidives.

Anatomie pathologique. — On trouve pour lésion les signes du genre de mort auquel le malade a succombé; presque tou-

jours, ce sont ceux de la syncope : on rencontre des hémorrhagies dans la plupart des viscères et quelquefois dans le cerveau, ce qui ne s'observe jamais dans le scorbut. Quant aux altérations du sang, elles varient avec la période de la maladie. Dans les premiers temps, il y a augmentation de la fibrine; plus tard, la proportion d'eau augmente considérablement, la fibrine diminue et finit même par disparaître complètement (Hérard).

III. Forme chronique. — C'est le purpura cachectique des auteurs. Il est caractérisé par des éruptions successives de pétéchies et, à une période avancée, par des hémorrhagies multiples.

Cette forme ne s'accompagne pas de fièvre; elle survient plus particulièrement chez les vieillards et chez les femmes soumises à des causes débilitantes. Sa durée est indéterminée. L'éruption se fait par des poussées irrégulières et présente, du reste, les mêmes caractères que dans les autres formes. Cette maladie est pendant longtemps compatible avec la vie, et ce n'est qu'après une très-longue durée qu'elle se complique d'hémorrhagies analogues à celles du *purpura hæmorrhagica*. Cette nouvelle phase, pour peu qu'elle se prolonge, se termine rapidement par la mort.

Etiologie. — L'étiologie de cette maladie est fort obscure. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est complètement différente de celle du scorbut. Nous signalerons, avec les auteurs, la vieillesse, l'affaiblissement de la constitution et les conditions hygiéniques débilitantes comme cause prédisposante du *purpura simplex*. Quant au *purpura hæmorrhagica*, nous l'avons toujours observé chez des enfants et chez des jeunes gens. La seule cause occasionnelle dont nous ayons constaté l'action, est celle du refroidissement par des vêtements mouillés.

Traitement. — *Phosphorus* est le médicament principal dans cette maladie et doit être administré à la 6e et même à la 3e dilution toutes les quatre heures ou même toutes les deux heures. L'empoisonnement par le phosphore présente, dans cer-

tains cas, une telle ressemblance avec le *purpura hæmorrhagica*, qu'il existe des observations dans lesquelles l'erreur de diagnostic a été commise. C'est à tort que Richard Hughes pense que l'altération produite par le sang, par le phosphore, est secondaire à une affection hépatique; l'action hémorrhagique existe souvent seule : la fièvre avec pouls fréquent et dur; les congestions, puis les hémorrhagies par différents organes; les pétéchies sont les principaux symptômes qui indiquent *phosphorus*. *Belladona*, et surtout *lachesis*, viennent après *phosphorus*. Le lachesis, comme phosphorus, agit sur le foie et sur le sang; il produit des symptômes analogues à ceux de l'ictère grave et du purpura hemorrhagica. Les expériences du Dr Mittchell ont démontré que le venin de serpents agit de telle façon sur le sang, que ce liquide s'échappe de tous les vaisseaux. Le lachésis possède à un plus haut point que le phosphorus les symptômes de syncope et de lipothymie, et doit donc être employé après phosphorus et dans les cas les plus graves. Les basses triturations sont préférables dans ces cas.

Belladona est moins indiquée que les médicaments précédents et convient aux cas bénins ou pour remplir quelque indication particulière. *Ferrum perchloricum*, *tlaspic*, *millefolium*, *ipeca*, ont aussi été conseillés. *Secale cornutum* convient à la dernière période, et a donné alors des succès inespérés. On le prescrit à la 3e dilution.

Dans une maladie où les hémorrhagies constituent le danger principal, il ne faut pas hésiter à lutter contre ces hémorrhagies par des applications locales toutes les fois que ces applications sont possibles. Les injections avec le perchlorure de fer et le tamponnement avec de la charpie imbibée de ce liquide, nous semblent les moyens les plus efficaces pour combattre localement les hémorrhagies du purpura. Ce sel doit être mêlé à l'eau dans la proportion d'un dixième, sauf à augmenter la dose, mais en se rappelant qu'il ne faut jamais l'employer pur, parce qu'alors il agit comme caustique, qu'il peut déterminer une destruction plus ou moins étendue des tissus sur lesquels il était appliqué, et que son action hémostatique n'est pas aussi énergique que lorsqu'il est étendu d'eau.

C'est pour lutter contre les hémorrhagies qu'on prescrit de donner les boissons et les aliments froids; le malade doit garder la position horizontale pour éviter les syncopes.

Quant à l'alimentation, elle doit se composer de bouillon ou de potages si le malade peut digérer ces derniers. Quand le malade commence à s'affaiblir, on doit lui faire prendre une certaine quantité de vin et même d'alcool.

CHAPITRE VIII

LÈPRE

(TSARATH DES HÉBREUX, ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS)

La lèpre est une maladie caractérisée par la formation d'un néoplasme spécial disséminé sous forme de tubercules et de plaques sur la peau et sur les muqueuses, habituellement par l'insensibilité des parties malades et par une cachexie, dont les deux caractères principaux sont l'ulcération et la gangrène.

Il faut être aveuglé par l'organicisme le plus étroit pour avoir perdu la signification du mot LÈPRE et en avoir fait, à cause de son étymologie, le synonyme de *psoriasis*. En appelant de son nom traditionnel cette maladie terrible, qui a désolé les sociétés anciennes et celles du moyen âge, qui sévit encore si cruellement dans les pays intertropicaux, nous croyons rendre un véritable service à la nosologie.

Étiologie. — La lèpre a presque complètement disparu de l'Europe moderne, cependant on la retrouve encore en Sicile, mais elle sévit avec tous ses caractères dans les pays chauds et dans l'extrême Nord. Cette maladie est héréditaire, mais elle ne *paraît* pas être contagieuse, au moins dans notre pays. Elle atteint plus d'hommes que de femmes, et le plus souvent débute avant la puberté. L'usage habituel et prolongé des viandes salées, et principalement de la viande de porc, a une action bien constatée sur le développement de la maladie dans les pays où elle est endémique.

Les organiciens ont subdivisé la lèpre en tuberculeuse et non tuberculeuse, anesthésique et hyperesthésique, blanche, noire, etc. Toutes ces divisions ont trait à des différences qui tiennent soit à des variétés dans la coloration des plaques, soit aux périodes de la maladie, et n'ont pas d'importance pratique.

Description. 1re *Période.* — La lèpre débute par des malaises vagues, de la tristesse, de l'amaigrissement et un sentiment de faiblesse générale. L'insensibilité d'un point du corps est quelquefois le phénomène initial ; d'autres fois, c'est une hyperesthésie de la peau qui rend tout contact extrêmement douloureux. Cette sensibilité exagérée est un symptôme essentiellement transitoire ; mais les taches fauves et purpurines ne tardent pas à se montrer. Elles apparaissent d'abord aux jambes, aux avant-bras, aux mains, puis sur la face ; elles sont constituées par des plaques saillantes, boursouflées, d'une teinte foncée, ou, au contraire, d'une teinte blanche sur le nègre. Les tissus sont complètement insensibles au niveau de ces plaques, au point que les malades se brûlent sans en avoir conscience. Il faut savoir, néanmoins, que certains lépreux ne présentent jamais d'anesthésies. Sur ces plaques apparaissent, plus tôt ou plus tard, des tubercules d'abord peu nombreux et peu proéminents, mais qui s'accroissent de jour en jour. Cette lésion, quand elle a acquis un certain degré, défigure les malades. Tous les traits sont horriblement déformés et grossis. On a comparé leur face à celle du lion, d'où le nom de *lèpre léonine.* On a noté l'atrophie des interosseux comme signe de cette période.

2e *Période.* — Les muqueuses sont envahies par les plaques et les tubercules ; les lésions de la peau s'ulcèrent et la santé générale commence à présenter des altérations profondes : amaigrissement, diarrhée, fétidité de l'haleine, faiblesse croissante. L'impuissance, quelquefois précédée de satyriasis, se montre déjà dans la période précédente, mais elle s'établit définitivement dans celle-ci. Les ulcérations lépreuses sont profondes, blafardes ; elles laissent écouler un pus séreux, sanguinolent et fétide ; habituellement, elles ne montrent aucune ten-

dance à la cicatrisation. Le palais et l'arrière-gorge sont le siége de tubercules et d'ulcérations profondes qui rappellent la syphilis et la scrofule.

3e *Période.* — L'état des malades s'aggrave de plus en plus, les membres se rétractent, les extrémités se gangrènent et tombent. Cette mutilation se fait lentement et phalange par phalange. Le nez est rongé, sa cloison détruite; les yeux peuvent être envahis et détruits par la tumeur lépreuse. Mais le caractère constant de ces lésions est une insensibilité complète. Les malades supportent les opérations et les cautérisations sans aucune douleur.

La diarrhée colliquative, les suppurations prolongées, quelquefois une gangrène ultime, terminent cette triste existence, quand les malades ne meurent pas prématurément, suffoqués par une tumeur lépreuse de la glotte.

Si le malade doit guérir, les ulcérations se cicatrisent, la diarrhée s'arrête; les tubercules se résolvent et les forces reviennent.

Traitement. — La thérapeutique de cette maladie est encore à faire. Au début, on doit conseiller le changement de climat, si les malades peuvent se déplacer.

Quant aux médicaments, *arsenicum* est le seul qui ait donné quelques résultats. *Hydrocotyle asiatica* a, dit-on, été employé avec succès; mais il n'a rien produit entre nos mains.

Des médecins ont essayé de cautériser les tubercules et les plaques lépreuses, et affirment avoir eu quelque succès. Nous croyons que l'arsenic au 1000e pourrait rendre des services dans le pansement des ulcères lépreux.

Depuis la publication de notre première édition, nous avons obtenu un succès éclatant sur un lépreux de 16 ans, arrivé à la 2e période, avec *hydrastis canadensis.* Ce médicament a été administré à l'intérieur à la dose de quelques gouttes de teinture-mère; les tubercules ulcérés ont été pansés avec un mélange au 10e, puis au 5e d'eau et de teinture d'hydrastis.

CHAPITRE IX

GOITRE ET CRÉTINISME

Le cadre de ce livre ne nous permet pas de consacrer beaucoup de pages à l'étude du goître, de la cachexie particulière qui l'accompagne et du crétinisme qu'il développe chez un grand nombre d'individus. Néanmoins, comme la plupart des traités classiques sont muets sur ce sujet, nous avons cru devoir esquisser à grands traits l'histoire de cette maladie.

Le goître est une maladie caractérisée par l'hypertrophie de la glande thyroïde et par une cachexie particulière. Les kystes de la glande thyroïde constituent une affection complètement distincte du goître.

Le goître se présente sous trois formes : la *forme bénigne*, la *forme commune* et le *crétinisme*.

Étiologie. — Le goître est une maladie endémique. Elle sévit dans les vallées situées au milieu des montagnes. Le Valais, la Maurienne, le Tyrol, les Pyrénées, le Jura, les Vosges, l'Ecosse, sont en Europe les principaux pays dans lesquels on observe le goître. Dans certains villages, l'influence endémique est si forte, que la plupart des habitants sont goîtreux et crétins; dans d'autres, au contraire, on n'observe que des cas isolés et bénins. L'*hérédité* a une influence considérable, mais seulement dans les pays où le goître est endémique. La *grossesse* est une cause occasionnelle du développement du goître. Certains auteurs regardent les efforts de la voix, l'ivrognerie, la misère comme une cause de cette maladie : mais l'action de cet ordre de causes est fort problématique. M. Chatain s'est efforcé de démontrer que le développement du goître tenait à l'absence d'iode dans les eaux et dans l'air des pays où cette maladie est endémique. C'est l'*hypothèse* aujourd'hui la plus acceptable.

I. Forme bénigne. — Le goître bénin est uniquement carac-

térisé par l'hypertrophie de la glande thyroïde, sans cachexie apparente. C'est celui que nous observons à Paris. La glande thyroïde est tuméfiée, tantôt en totalité, tantôt dans une de ses parties ; la tumeur qu'elle forme est solide et élastique ; habituellement elle n'est pas douloureuse, et dans notre pays elle n'atteint jamais un gros volume. Chez les femmes, elle augmente pendant la grossesse et diminue pendant l'allaitement; elle augmente aussi à l'époque des règles. Pendant cet accroissement de volume, elle devient quelquefois un peu douloureuse.

Cette maladie a une marche très-chronique et reste indéfiniment stationnaire quand on ne la traite pas.

II. Forme commune. — Le goître devient bien plus volumineux que dans la forme précédente et forme une tumeur qui descend au devant de la poitrine et quelquefois jusqu'à l'abdomen. Si la maladie fait des progrès, le goître comprime la trachée et les nerfs respiratoires, et détermine une dyspnée plus ou moins considérable. Arrivée à un certain degré, cette maladie s'accompagne d'amaigrissement et de perte des forces.

III. Crétinisme. — Cette forme débute dès l'enfance, et elle s'accompagne d'un arrêt de l'intelligence qui varie depuis l'imbécillité jusqu'à l'idiotisme complet. Le goître est habituellement énorme dans cette forme, cependant il peut manquer complètement.

Le crétinisme est incurable; des soins hygiéniques et une éducation appropriée améliorent à peine l'état de ces malheureux.

Traitement. — *Iodium, kali, hydriodicum, spongia tosta* et *calcarea carbonica* sont les principaux médicaments du goître. Il faut y ajouter *hepar sulfuris* et *pulsatilla.*

J'administre alternativement *iodium* et *spongea tosta* un mois l'un, un mois l'autre. Si l'un des médicaments agit mieux, je le conserve seul. Je donne des doses répétées du médicament, une cuillerée toutes les deux heures, le plus souvent de la 6e

dilution. S'il se produit un peu de douleur dans le goître, je suspends le médicament, et j'obtiens alors une grande diminution de la tumeur. A Genève, on prescrit l'iodure de potassium à très-petites doses, quelques centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée par jour. Chaque potion est suivie d'un repos de huit à quinze jours ; cette méthode donne de bons résultats. L'emploi de *calcarea carbonica* est traditionnel dans le traitement du goître, le professeur Imbert Gourbeyre a rapporté des cas de guérisons obtenues par l'emploi des *coquilles d'œuf* et par *calcarea carbonica*, continué pendant des semaines, aux plus basses triturations.

CHAPITRE X

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Le goître exophthalmique est une maladie caractérisée : 1° par des palpitations exagérées du cœur et des artères de la tête et du cou ; 2° par une tuméfaction de la thyroïde ; 3° par une exophthalmie. La marche de cette maladie est chronique avec des paroxysmes violents, et elle s'accompagne bientôt d'un état cachectique plus ou moins prononcé.

Cette triade pathologique peut se montrer encore comme affection symptomatique dans les maladies du cœur, et peut-être dans l'hystérie et dans la chlorose.

Formes. — Le goître exophthalmique présente plusieurs formes encore mal déterminées. Cependant il est facile de distinguer une forme grave à marche plus aiguë, à paroxysmes extrêmement violents, et une forme moins grave à marche très-chonique, et dont les paroxysmes sont loin d'offrir la violence de ceux si effrayants de la forme grave.

Néanmoins, nous croirions faire de la fantaisie en décrivant méthodiquement trois formes d'une maladie à peine connue, et dont il importe avant tout de déterminer l'existence nosologique. Nous décrirons donc la maladie telle qu'elle s'est mon-

trée habituellement, et nous nous contenterons, pour la forme grave et la forme très-chronique, de renvoyer aux observations particulières.

Trousseau décrit en ces termes le début du goître exophthalmique :

« Sans raisons bien déterminées, et cela le plus souvent chez des sujets nerveux, on remarque une certaine irritabilité; ils n'ont plus la même égalité d'humeur; bientôt leur physionomie, et surtout le regard, prend une expression qui est en rapport avec leur mécontentement subit, leur colère passagère; mais, chose remarquable, le regard conserve une expression bizarre et qui devient permanente; leurs yeux ont un éclat inaccoutumé, ils paraissent plus grands, et bientôt l'exophthalmie est manifeste. Les malades ont conscience de la mobilité de leur caractère et disent très-bien que leurs efforts sont insuffisants pour y remédier; puis ils conservent une certaine tristesse et ne peuvent se rendre compte de l'état pénible dans lequel ils se sentent. Alors ils se plaignent de battements dans la tête, dans les globes oculaires, le long du cou; mais ce qui les inquiète surtout, ce sont les palpitations de cœur, qui bientôt deviennent si fréquentes et si violentes, qu'ils en conçoivent une grande inquiétude » (1).

Cependant la glande thyroïde grossit de plus en plus, le goître devient manifeste, et la maladie se trouve ainsi constituée par ses trois symptômes principaux : palpitations cardiaques et artérielles, goître, exophthalmie.

Ces symptômes ne restent pas longtemps isolés, et l'état cachectique, un état cachectique tout particulier, ne tarde pas à se manifester; les malades maigrissent et pâlissent, en même temps qu'ils sont pris d'une faim vorace, qui leur permet de prendre des quantités d'aliments considérables. Mais une diarrhée rebelle et débilitante, des troubles variés de la digestion, une anorexie passagère, des insomnies continuelles, ne permettent pas à cette alimentation excessive d'être réparatrice; et l'amaigrissement, l'anémie, la dyspnée croissante, puis la

(1) Trousseau, *Clinique médicale*, t. II, p. 622.

bouffissure, l'œdème et quelquefois des hémorrhagies viennent compléter le tableau de la cachexie exophthalmique. Chez les femmes les règles se suppriment presque toujours.

Plus tôt ou plus tard, souvent dès le début de la maladie, les malades éprouvent des paroxysmes de palpitations et de dyspnée, qui, dans certains cas, ont été jusqu'à l'asphyxie et nécessité la trachéotomie. Ces paroxysmes s'annoncent par une augmentation considérable des palpitations cardiaques et artérielles ; le cœur bat cent quarante, cent cinquante fois par minute, son choc contre la poitrine ébranle tout le thorax ; les artères carotides participent à cette surexcitation, tandis que le pouls reste petit et déprimé. Sous l'influence de ces palpitations violentes, le goître se gonfle, augmente de volume ; la face s'injecte et se tuméfie ; les yeux semblent près d'être chassés de leur orbite et le malade, assis sur son lit, en proie à une dyspnée violente, présente, dans les paroxysmes graves, les signes de l'asphyxie commençante : la face tuméfiée est d'un rouge sombre, les lèvres bleuâtres, les extrémités froides ; l'anxiété est extrême.

Ces paroxysmes durent de quelques heures à quelques jours, se terminent quelquefois par une hémorrhagie nasale, et laissent après eux le malade à peu près dans l'état où il était avant cette aggravation.

La maladie se prolonge ainsi pendant des mois et souvent pendant des années. Elle se termine quelquefois par la mort, puisque Trousseau parle d'un cas où la trachéotomie, pratiquée pendant un paroxysme, fut suivie d'une hémorrhagie mortelle et que les médecins étrangers ont pu faire plusieurs autopsies de malades atteints du goître exophthalmique ; mais le plus souvent la maladie se termine par un retour plus ou moins complet à la santé, à l'occasion d'une grossesse, d'un changement de pays ou d'un traitement approprié.

Nous allons maintenant étudier en particulier chacun des symptômes principaux qui caractérisent le goître exophthalmique.

Les *palpitations cardiaques et artérielles* constituent le symptôme principal de la maladie, celui sans lequel il n'y a ni goître, ni exophthalmie.

Les *palpitations cardiaques* sont extrêmement précipitées et violentes, et elles peuvent être entendues à distance ; quelquefois elles déterminent la voussure précordiale ; toujours elles sont douloureuses et rendent impossible tout mouvement un peu précipité.

Un bruit de souffle systolique plus ou moins sec existe à la base du cœur ; et quelques auteurs ont constaté une augmentation de la matité que présente la région précordiale à l'état physiologique.

Les palpitations cardiaques s'accompagnent de *palpitations des artères du cou et de la tête*. Il semble que ces vaisseaux aient augmenté de nombre et de calibre. Le malade sent des battements énormes dans les orbites et dans la tumeur thyroïdienne. Celle-ci, parcourue par des vaisseaux nombreux et dilatés, est le siége de battements avec expansion comme les tumeurs anévrysmales. Un bruit de souffle bien plus fort que celui qui caractérise l'anémie se fait entendre dans les carotides et dans le goître lui-même.

Le trouble du système artériel présente un caractère très-remarquable qui est propre au goître exophthalmique. C'est le désaccord qui existe entre la circulation du cou et de la tête, et la circulation du reste du corps. Ainsi, tandis que les carotides bondissent à chaque pulsation cardiaque, les artères radiales offrent un pouls petit et quelquefois misérable.

Le *goître* se développe quand les palpitations existent déjà depuis quelque temps. Habituellement il est volumineux, mou, et offre au toucher la sensation d'une tumeur anévrysmale. L'hypertrophie peut atteindre les deux lobes de la thyroïde et le pont qui les unit. Mais le plus souvent, d'après Trousseau, c'est le lobe droit qui est le plus développé. Pendant les paroxysmes, la tumeur est le siége de battements très-violents, et elle peut doubler de volume en quelques heures, comme aussi elle rentre dans ses premières limites quand l'orage pathologique est calmé. Lorsque la maladie tend à la guérison, le goître diminue, durcit et devient moins vasculaire.

Trousseau a observé des cas dans lesquels le goître était à

peine marqué, et d'autres où il n'existait pas, au moins pendant une partie de la maladie.

L'*exophthalmie* se développe concurremment avec les autres symptômes ; elle peut être plus ou moins prononcée ; et on a observé tous les degrés de ce symptôme, depuis la simple proéminence des globes oculaires jusqu'à la luxation de l'œil. A la différence de l'hydropisie de l'œil, qui se traduit par une augmentation de la convexité de la cornée, l'exophthalmie se caractérise par la projection en avant du globe oculaire tout entier. L'œil est clair, brillant, humide, et ses milieux sont parfaitement transparents. Quand l'exophthalmie est très-prononcée, on distingue parfaitement, à leur couleur, les attaches des muscles de l'œil ; la paupière supérieure, pendant le sommeil, recouvre incomplètement le globe oculaire ; et dans la violence des paroxysmes, alors que les symptômes s'exagèrent, il est arrivé que l'œil a été tellement porté en avant, que la paupière s'est trouvée engagée en arrière de la grande circonférence du globe oculaire, et qu'il a fallu un effort notable pour le ramener en avant. C'est là ce qu'on a appelé la *luxation de l'œil.*

L'exophthalmie est toujours double; quelquefois elle est plus prononcée d'un côté, et alors c'est du côté droit.

Jamais on n'a constaté de diplopie.

L'**Etiologie** est encore assez obscure. Cependant nous connaissons déjà un certain nombre de circonstances qui favorisent son apparition.

La jeunesse est l'*âge* dans lequel on a le plus souvent observé cette maladie, et la femme est le *sexe* qui en a offert le plus d'exemples.

Les *émotions morales* dépressives, comme la *tristesse*, ont aussi une influence manifeste sur le développement de quelques cas dont nous possédons l'histoire, et la *peur* a joué plusieurs fois le rôle de *cause déterminante.*

Le **Traitement** du goître exophthalmique démontre que l'expérience thérapeutique est encore bien neuve sur cette ma-

ladie. La plupart des médecins qui ont eu l'occasion de l'observer sont d'accord pour reconnaître les mauvais effets de la médication ferrugineuse, et surtout de la médication iodée.

La digitale à haute dose a toujours modifié avantageusement l'ensemble des symptômes en diminuant l'énergie de la contraction cardiaque. Il en est de même de l'application de la glace sur le goître et sur la région du cœur.

L'hydrothérapie contribue beaucoup au rétablissement des malades en relevant les forces, et, chez les femmes, en contribuant puissamment au retour de la menstruation.

Les *paroxysmes* présentent des indications particulières : il faut au plus tôt calmer les battements du cœur et diminuer la tuméfaction de la thyroïde, qui détermine l'asphyxie par compression de la trachée-artère et des nerfs laryngés.

La digitale à haute dose, 10 gouttes de teinture toutes les heures et de la glace sur la région antérieure du cou et de la poitrine sont des moyens propres à lutter contre l'asphyxie imminente qui accompagne les paroxysmes violents ; la trachéotomie a été essayée dans un cas désespéré et suivie d'une hémorrhagie mortelle. Si la suffocation devient telle qu'on soit obligé d'avoir recours à cette ressource ultime, on ferait bien de se servir de l'écraseur linéaire pour diviser les parties molles.

Le *sambucus* est le médicament qui nous semble le mieux convenir pendant les paroxysmes.

Belladone est le médicament du goître exophthalmique. Je l'administre de la 6e à la 30e dilution par série de six jours, deux cuillerées par jour, et je laisse six jours de repos entre chaque dose. Je varie les dilutions suivant les effets produits et j'augmente les intervalles de repos à mesure que la guérison s'opère.

La belladone est du reste très-suffisamment indiquée par son action paralysante sur les *nerfs vaso-moteurs*, action démontrée par la grande fréquence du pouls, par des palpitations violentes du cœur et des battements artériels principalement dans le cou et dans la tête, par la proéminence des globes oculaires et la dilatation de la pupille, par la rougeur de la face, bornée quelque-

fois à l'une des joues. C'est surtout sur les cordons cervicaux du sympathique que la belladone comme la maladie semblent porter leur action.

Stramonium m'a rendu service contre le symptôme *exophthalmie* dans un cas où belladone avait cessé d'agir.

Tarentula (12e) est indiquée contre les symptômes nerveux qui accompagnent si souvent cette maladie. Les palpitations sont dans certains cas fort heureusement modifiées par ce médicament.

Cactus grandiflorus a réussi à calmer les palpitations chez plusieurs femmes nerveuses.

Jaborandi a produit quelque bien chez une jeune fille qui présentait comme symptôme accessoire des sueurs profuses, de la soif et en même temps une salivation abondante.

Tels sont les renseignements encore fort restreints que nous offre la clinique.

CHAPITRE XI

MALADIE D'ADDISON

(MALADIE BRONZÉE)

On a donné ce nom, depuis quelques années, à une affection, habituellement de nature scrofuleuse, caractérisée par une coloration brune, plus ou moins foncée, étendue à tous les téguments et par la dégénérescence caséeuse des capsules surrénales. On a observé une affection analogue dans l'alcoolisme chronique, à la suite des couches, et surtout pendant la cachexie cancéreuse. La *maladie d'Addison* existe-t-elle comme espèce morbide ? Les nombreuses observations que nous avons lues ne nous permettent pas d'affirmer ce fait, pour lequel nous laissons un point d'interrogation.

La coloration bronzée de la peau peut se manisfester sans lésion des capsules surrénales. Les cas s'observent principalement chez les scrofuleux et chez les cancéreux. De même, on

observe quelquefois la dégénérescence scrofuleuse ou cancéreuse et d'autres altérations des capsules, sans coloration morbide de la peau. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et la relation établie par Addison est vraie en général.

La maladie bronzée est caractérisée, en outre de la coloration des téguments et de la lésion des capsules surrénales, par une perte croissante des forces animales. Ce symptôme est constant; il existe dès le début et précède l'amaigrissement de plusieurs mois; et quand il se montre d'une manière persistante, sans causes évidentes, il doit faire songer à la *maladie d'Addison*. Les vomissements, les douleurs des reins, les syncopes, un refroidissement très-marqué, sont des symptômes fréquents de la maladie.

La coloration de la peau a pour caractère d'être générale; elle est plus marquée au visage, aux mains et aux parties qui ont été le siége d'une lésion, à la place d'un vésicatoire, par exemple. Jamais elle n'apparaît par taches séparées, elle est générale ou se généralise vite; elle est uniforme; pour la teinte elle rappelle la coloration des mulâtres.

Cette affection a une marche habituellement chronique et même toujours longue quand elle débute chez une personne bien portante; sa marche peut être rapide, au contraire, et sa durée courte, quand elle apparaît au milieu d'un état cachectique.

Les capsules surrénales subissent l'évolution tuberculeuse à la manière des ganglions lymphatiques. Infiltration grise avec hypertrophie de l'organe; transformation de l'infiltration grise en matière jaune, laquelle se ramollit : d'où suppuration, abcès tuberculeux, dépôts crétacés, etc.

Les capsules surrénales ont une structure qui rapproche beaucoup ces organes des ganglions nerveux; elles sont en rapport très-intime avec les ganglions semi-lunaires et les branches abdominales du grand sympathique. Souvent on a observé dans la *maladie d'Addison* la destruction plus ou moins complète de ces filets nerveux et des ganglions semi-lunaires. Lésion extrêmement importante pour l'explication des vomissements et des lipothymies, si fréquents dans cette affection,

et qui permettra peut-être un jour d'expliquer la formation si abondante de matière pigmenteuse qui donne lieu à la coloration bronzée.

Traitement. — La pathogénésie et la clinique sont également muettes sur le traitement de cette maladie. Le quinquina, le fer et les toniques, administrés à haute dose, n'ont empêché la terminaison funeste chez aucun des malades traités par l'allopathie; mais l'homœopathie n'a pas non plus enregistré de succès dans cette affection.

La nature scrofuleuse de la lésion, la cachexie si prompte à se manifester dans cette affection, indiquent *sulfur*, *calcarea*, *arsenicum;* peut-être *silicea*. Bœninghausen signale *antimonium*, *nitri acidum*, *secale cornutum, spigelia*, parmi les médicaments qui produisent une coloration noirâtre de la peau. Ce renseignement serait excellent, mais je dois dire que vérification faite dans la matière médicale de Hahnemann et de Roth, je n'ai rien trouvé dans l'histoire de ces médicaments qui se rapporte à la *coloration bronzée* de la peau dans la *maladie d'Addison;* tout est donc encore à faire sur ce point.

CHAPITRE XII

PELLAGRE

C'est une maladie caractérisée par un érythème particulier, par une cachexie dont les principaux traits sont la diarrhée, la mélancolie et une paralysie générale et incomplète.

Cette maladie est endémique en Lombardie, dans certaines contrées de l'Espagne et dans les Landes. Elle existe à l'état sporadique dans tous les pays; mais alors c'est une maladie très-rare, tandis que, d'après la statistique moderne, il existe 20,000 pellagreux en Lombardie.

La pellagre se présente sous des formes bien diverses : *forme bénigne*, *forme commune*, *forme grave*, connue sous le nom de *typhus pellagreux*.

I. Forme commune. — Elle débute au printemps par l'érythème des mains; une chaleur brûlante à la plante des pieds; des vertiges, et quelquefois une impulsion à marcher en avant. A ces symptômes, s'ajoutent bientôt une diarrhée habituelle, avec affaiblissement des membres inférieurs et un certain degré de mélancolie. La maladie s'aggrave pendant les chaleurs de l'été, diminue à l'automne et disparaît complètement à l'entrée de l'hiver.

Au commencement du printemps, l'érythème et les autres symptômes reparaissent pour suivre la même marche que l'année précédente; seulement, d'année en année, les symptômes augmentent d'intensité. La diarrhée épuise les malades; la paralysie des membres inférieurs est assez marquée pour empêcher la station; elle est quelquefois remplacée par des roideurs tétaniques ou par des accès éclamptiques. La mélancolie est souvent portée jusqu'au suicide.

Arrivée à sa période ultime, la maladie ne disparaît plus pendant l'hiver, quoique constamment elle présente une rémission marquée pendant cette saison.

Les malades succombent habituellement à la phthisie pulmonaire, ou à l'épuisement amené par la diarrhée, ou à une phlegmasie ultime.

A moins de complication, il n'y a point de fièvre pendant cette maladie; l'appétit est habituellement conservé. Les symptômes de paralysie, de convulsions et d'aliénation sont très-variables. Chez beaucoup de malades, ils sont limités à un affaiblissement des membres inférieurs et à une mélancolie profonde; d'autres offrent l'aspect des *aliénés paralytiques;* quelques-uns ont de violentes attaques de *manie*.

Le caractère le plus constant de l'aliénation pellagreuse est l'impulsion suicide, impulsion à se noyer surtout; quelquefois aussi l'impulsion homicide.

L'érythème, caractéristique de la pellagre, se développe d'abord au dos des mains et de l'avant-bras, à la face, au haut de la poitrine et à la partie inférieure des jambes; l'insolation à une grande influence sur le développement de cet érythème. Cependant des auteurs modernes ont prétendu l'avoir observé

sur des parties du corps habituellement recouvertes par les vêtements.

L'affection pellagreuse de la peau se borne souvent à une simple desquamation sans rougeur et sans inflammation : d'autres fois, il y a un érythème véritable, avec rougeur et même formation de bulles ; mais toujours la lésion se résume en une desquamation brunâtre disposée par plaques, par îlots irréguliers ; quelquefois cette desquamation forme des zones successives dont le bord inférieur est marqué par une teinte plus foncée. Au commencement, l'affection cutanée ne laisse pas de trace pendant l'hiver, puis la peau reste plus lisse et comme amincie.

Cette forme de la maladie peut se prolonger pendant des années.

II. Forme bénigne. — Caractérisée presque uniquement par l'affection cutanée ; les symptômes de cachexie ne se montrent amais, et la maladie disparaît toujours pendant l'hiver.

III. Forme maligne. — Elle est décrite par les médecins italiens sous le nom de *typhus pellagreux* ; elle a une marche très-aiguë. Le mouvement fébrile est intense et continu ; les malades, dans le décubitus dorsal avec paralysie incomplète des membres, sont en proie à un délire continuel ; la langue est sèche et tremblante ; il y a des soubresauts des tendons et de la carphologie ; une diarrhée abondante et involontaire. Beaucoup de ces malades succombent à la fin du deuxième ou du troisième septénaire ; d'autres, arrivés au plus haut degré de la maladie, guérissent très-rapidement. Des autopsies répétées ont démontré qu'il ne s'agissait point ici de fièvre typhoïde.

Etiologie. — Maladie endémique débutant souvent dès l'enfance, la pellagre ne paraît pas contagieuse ; l'influence héréditaire est admise par les médecins italiens. On a attribué la pellagre à l'usage du maïs, et surtout du maïs malade ; mais des recherches plus récentes ont démontré l'inanité de cette hypothèse, en sorte que nous ignorons encore la cause de la pellagre.

Traitement. — Une bonne nourriture et des bains suffisent souvent pour arrêter la maladie à son début; mais, quand elle est confirmée, ces moyens sont insuffisants.

Arsenicum et *secale cornutum* sont les médicaments qui nous paraissent indiqués par l'ensemble des symptômes.

Arsenicum est indiqué par la desquamation avec ou sans érythème, par la diarrhée chronique, la chute des forces, la mélancolie avec impulsion au suicide, les paralysies incomplètes et la périodicité des accidents.

Secale cornutum offre à peu près les mêmes symptômes : desquamation générale, diarrhée chronique, mélancolie avec impulsion à se noyer.

Les diverses affections qui compliquent souvent la pellagre demandent le traitement de ces affections. Il faudra donc se reporter à l'histoire de la folie, de la paraplégie, de la paralysie générale et de la diarrhée; mais l'observation clinique nous manque presque complètement, et nous faisons appel à nos confrères de la Lombardie pour nous donner le traitement homœopathique de la pellagre.

QUATRIÈME CLASSE

FIÈVRES

Les fièvres constituent une classe de maladies caractérisées par un mouvement fébrile, des affections locales à siége multiple et hors de proportion avec le mouvement fébrile.

Les fièvres se divisent en trois grandes classes : *fièvres éruptives*, *fièvres continues*, *fièvres intermittentes*.

LIVRE PREMIER

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Elles sont caractérisées par une éruption à la peau ; éruption qui survient quelques heures ou quelques jours après le début de la fièvre. Elles sont contagieuses, épidémiques, et habituellement elles ne sévissent qu'une fois sur le même sujet. Les fièvres éruptives sont au nombre de huit : la *rougeole*, la *roséole*, la *scarlatine*, la *variole*, la *vaccine*, la *varicelle*, la *fièvre ortiée* et l'*érythème noueux*.

CHAPITRE PREMIER

ROUGEOLE

C'est une fièvre éruptive, caractérisée par l'inflammation de la membrane muqueuse respiratoire et par une éruption de papules rouges, très-larges, irrégulièrement festonnées, et séparées en quelques points par des portions de peau restées saines ; cette éruption se termine par une desquamation farineuse.

La rougeole présente quatre formes : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme maligne* et *forme anomale*.

I. Forme commune. — Elle présente deux variétés : la *forme commune* proprement dite et la variété *broncho-pneumonique*.

1re *Variété*. — Après une incubation de quelques jours, mais dont la durée n'a pu être encore exactement déterminée, la rougeole débute par un mouvement fébrile, accompagné de tous les symptômes du rhume avec coryza intense.

Période catarrhale, *durée quatre jours*. — Le mouvement fébrile débute par le froid et quelquefois par des frissons ; chez les très-jeunes enfants ces frissons peuvent se convertir en convulsions ; en même temps le nez coule, il y a des éternuments fréquents, les yeux sont rouges et larmoyants. Les malades sont pris d'une toux sèche et fatigante. Ces symptômes se calment le matin pour reprendre le soir avec plus d'intensité. Le mouvement fébrile est franchement rémittent et quelquefois intermittent. La toux augmente chaque jour et devient incessante, spasmodique, presque sèche, avec expectoration d'un mucus transparent ; elle prive le malade de sommeil et le fatigue extrêmement ; c'est la toux *férine* des auteurs. La gorge est douloureuse et présente souvent, dès le troisième jour, une éruption papuleuse qui permet de pronostiquer celle de la peau. Enfin, après un accès fébrile plus violent, le soir du quatrième jour, l'éruption apparaît à la face et au cou.

Les *vomissements* sont très-rares au début de la rougeole, et c'est là un symptôme négatif important. Les épistaxis se montrent rarement à cette période et seulement dans certaines épidémies et chez certains sujets. C'est aussi dans cette première période qu'on observe de la somnolence et des convulsions chez les très-jeunes enfants.

Période d'éruption, *durée trois jours*. — L'éruption apparaît d'abord à la face, vers les tempes, sur la peau qui recouvre la mâchoire inférieure et le cou, derrière les oreilles ; elle envahit ensuite les mains, la poitrine, puis les membres ; elle débute

par de petites papules rosées, assez saillantes. Celles-ci s'étendent bientôt en larges taches, en même temps qu'elles deviennent plus foncées ; elles sont festonnées et saillantes sur leurs bords. Plus ou moins abondantes, *confluentes* ou *discrètes*, elles ne constituent jamais une rougeur uniforme et qui ne permettrait plus de reconnaître leurs contours primitifs. Quelquefois, elles présentent des papules très-saillantes ayant une ressemblance grossière avec l'éruption variolique à son début, c'est la *rougeole boutonnée*. Cette éruption s'accompagne d'un gonflement notable, surtout à la face et aux mains ; elle atteint son plus grand développement le troisième jour.

Pendant cette période, le catarrhe et la fièvre ne diminuent pas. Les épistaxis et la diarrhée se montrent le plus habituellement le deuxième ou le troisième jour de l'éruption et constituent quelquefois des complications fort embarrassantes et peuvent constituer un accident sérieux. La *laryngite striduleuse* est une complication plus rare et habituellement sans gravité.

Période de desquamation. — La fièvre tombe tout à fait, l'éruption pâlit, présente des teintes cuivrées et disparaît. La toux devient grasse, facile, avec des *crachats nummulaires*, comme dans la phthisie; le sommeil et l'appétit reviennent, la desquamation commence à la face, elle est farineuse et non par lambeaux. Quelquefois, elle est presque insensible. Sa durée n'a pas de limites fixes et varie de huit jours à trois semaines.

Le tracé thermique présente les caractères suivants : au début, la chaleur atteint de 38 à 39° ; le troisième jour, il y a une rémission considérable, puis la chaleur reprend le quatrième jour pour se terminer le septième. Il y a un écart de 5 à 8 dixièmes de degré entre le matin et le soir.

2° *Variété.* — **Broncho-pneumonique.** — Beaucoup plus grave que la précédente, elle est caractérisée par le développement d'une broncho-pneumonie, qui prolonge beaucoup la durée de la maladie et se termine fréquemment par la mort.

C'est vers la fin de la deuxième période que cette variété commence à se caractériser. Le mouvement fébrile au lieu de

diminuer augmente, la respiration s'accélère, la toux devient moins convulsive et plus fréquente; les râles sibilants et ronflants, disséminés, se multiplient, deviennent plus fins et se changent en râles sous-crépitants; la *broncho-pneumonie* est établie. Cette affection est extrêmement grave dans la rougeole; chez les petits enfants et à l'hôpital, elle tue presque tous les malades qu'elle atteint. Nous n'avons pas à décrire ici la bronchite grave, dont l'histoire viendra en son temps, disons seulement que la rougeole lui donne un caractère de ténacité tout particulier et que je l'ai vue se prolonger plus de deux mois et se terminer cependant par la guérison.

Terminaison. — La mort peut survenir par convulsion, épistaxis, mais plus fréquemment par la broncho-pneumonie.

La guérison est précédée d'une période de convalescence pendant laquelle on observe quelquefois de l'albuminurie et des attaques d'éclampsie. La rougeole prédispose singulièrement aux développements des affections scrofuleuses : ophthalmies, éruptions diverses, méningites, mais principalement phthisie pulmonaire. Le médecin doit avoir constamment présent à l'esprit cette influence fâcheuse de la rougeole sur le développement de la scrofule, afin de surveiller la convalescence.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par l'absence de la première période, l'éruption apparaît avec le premier accès de fièvre, quelquefois même la fièvre manque complètement et la maladie est constituée par l'éruption et le catarrhe. Ce dernier est toujours fort bénin.

III. Forme maligne. — Elle présente deux variétés : *rougeole ataxique* et *rougeole hémorrhagique*.

Rougeole ataxique. — La première période est plus longue ou plus courte que dans la *forme commune*. Le pouls est très-fréquent, mais petit et faible; la peau est tantôt brûlante, tantôt presque fraîche. Il y a souvent des vomissements et des diarrhées séreuses excessives. Les malades sont faibles et ont quelquefois des défaillances.

L'éruption est habituellement pâle et discrète; il est fréquent de la voir commencer par le tronc et laisser la face presque complètement indemne. Le mouvement fébrile augmente beaucoup pendant cette période, le pouls bat 140 à 160 fois par minute, la chaleur dépasse 40 degrés. Il y a habituellement une diarrhée abondante, de la stupeur, de la prostration, rarement du délire. A la fin du premier ou du second septénaire, la peau se refroidit, la respiration s'embarrasse et les malades meurent en grand nombre. D'autres fois une gangrène de la bouche, de la vulve ou du poumon, plus rarement la diphthérie, viennent terminer la scène.

Quand les malades doivent guérir, la chaleur devient plus normale, le pouls diminue de fréquence et les forces reviennent.

Variété hémorrhagique. — Les hémorrhagies multiples et répétées caractérisent cette variété. L'épistaxis et l'hémorrhagie intestinale dominent la scène morbide. Les taches de purpura sont souvent mêlées aux taches rubéoliques ; quelquefois elles apparaissent plus tard.

La mort peut arriver par lipothymie ou par un des accidents de la variété précédente.

IV. Forme anomale. — Ce sont des anomalies dans la durée des périodes; ainsi il y a des exemples d'une période catarrhale ayant duré vingt jours (Borsieri); d'autres fois une période manque. Il y a des rougeoles sans éruption; dans certaines épidémies on observe des malades qui présentent les symptômes de la période catarrhale mais qui n'ont pas d'éruption.

Anatomie pathologique. — Elle se résume en ceci. Dans la forme commune, lésion de la broncho-pneumonie; dans la forme maligne : sang liquide, de couleur vineuse, ramollissement des organes.

Étiologie. — La rougeole est une maladie *contagieuse*. Quoique habituellement elle ne sévisse qu'une fois pendant la vie,

il n'est pas très-rare de rencontrer des sujets qui présentent plusieurs récidives. Habituellement, mais non toujours, la première atteinte est seule sérieuse. Il est probable que cette maladie ne se développe jamais spontanément en Europe. Ainsi, dans les îles Féroé, sur une population de 7,000 habitants, on a été soixante-cinq ans sans en observer un seul cas, puis la maladie ayant été importée par un navire, 6,000 habitants furent atteints. Ce fait démontre en même temps l'extrême fréquence de la prédisposition à la rougeole. La rougeole est difficilement inoculable, le sang et les larmes ont servi à cette *inoculation*, l'incubation a été de sept jours.

C'est après l'*âge* de 6 mois que la maladie commence à être fréquente, et c'est pendant la première et la seconde enfance qu'habituellement chacun paye son tribut à la maladie.

C'est ordinairement *au printemps* que sévissent les épidémies de rougeoles, en même temps que les *coqueluches* et les *oreillons*.

Traitement. — L'*aconitum* et la *pulsatilla* ont été préconisés comme traitement prophylactique de la rougeole. J'ai presque toujours échoué dans la prophylaxie entre frères et sœurs, et j'y ai à peu près renoncé. Dans les colléges et les couvents, j'ai eu quelques succès avec *aconit* une goutte chaque jour de la 6e dilution. Les enfants qui ont pris le médicament n'ont eu qu'une rougeole *incomplète*, la fièvre a manqué chez quelques-uns, l'éruption chez d'autres.

Traitement de la forme commune. Aconitum et *pulsatilla* sont indiqués dans la première période. *Aconit* doit être préféré quand la fièvre est intense avec soif vive, ce qui a lieu presque constamment. *Pulsatilla* doit être réservée pour les cas inverses. L'*otalgie* est encore une indication de *pulsatilla*. Je donne ces médicaments à la 3e dilution.

Viola odorata et *coffea* peuvent être administrés alternativement contre la toux férine. *Euphrasia* serait préféré si le coryza et le larmoiement étaient considérables; mais, en général, il vaut mieux s'en tenir à *aconit*. Le même médicament doit être

continué pendant toute la deuxième période quand il n'y a pas de complication. *Pulsatilla* convient contre la toux grasse et la période de desquamation, et *sulfur* sera administré ensuite pendant quelques semaines, une dose tous les huit jours, pour prévenir les accidents scrofuleux.

Les *convulsions* qui peuvent survenir dans la première période, réclament surtout *belladona* et *æthusa*; l'otite, *belladona* et *pulsatilla*; la diarrhée, *dulcamara*, mais surtout *veratrum*. (Voy. le traitement de ces différentes affections.) L'*épistaxis* constitue quelquefois une véritable complication; je l'ai vu nécessiter le tamponnement. Il faut se hâter de remplacer aconit par ipéca (1re dilution au 10e). Ce médicament administré une goutte toutes les heures réussit le plus souvent à arrêter l'hémorrhagie; il est aussi indiqué par la diarrhée.

Traitement de la variété broncho-pneumonique. — C'est le traitement de la *bronchite grave*. *Ipeca* et *bryonia*, alternés toutes les deux heures, forment la base de ce traitement. *Bryonia* a été indiqué pour rappeler une *éruption répercutée*. Or, une éruption répercutée n'est autre chose qu'une rougeole dans laquelle la gravité de la broncho-pneumonie fait pâlir l'éruption.

Phosphorus, *tartarus*, *kermes*, *arsenicum*, *pulsatilla*, *sulfur*, sont après *ipeca* et *bryonia* les médicaments principaux. Je renvoie, pour plus de détail, au chapitre de la *bronchite*, mais je tiens à faire remarquer que le traitement homœopathique de la broncho-pneumonie de la rougeole est *efficace*; qu'il faut insister longtemps sur *ipeca* et *bryonia*; qu'il vaut mieux augmenter la dose et descendre jusqu'aux teintures mères que de changer de médicament; qu'enfin *pulsatilla* m'a paru plus indiqué que les autres médicaments dans le traitement de la bronchite grave de la rougeole, quand ipéca et bryonia étaient décidément insuffisants.

Traitement de la forme maligne. — *Arsenicum* est le médicament principal de la *forme maligne*. Les accidents hémorrhagiques, gangréneux ou diphthéritiques créent des indications particulières de *china* et *lachesis* pour la gangrène; *phosphorus* et *mercu-*

rius pour les hémorrhagies; *hepar sulfuris*, *iodium* et *bromum* contre la diphthérie. (Voir *Gangrène*, *Hémorrhagie*, *Diphthérie*) : mais *arsenicum* répond à tous les accidents, il doit être employé en première ligne. J'ai obtenu avec ce médicament des guérisons remarquables.

Dans les épistaxis graves il ne faut pas hésiter à employer le perchlorure de fer et le tamponnement.

Hygiène. — Séjour au lit jusqu'à ce que l'éruption soit entièrement effacée; séjour à la chambre jusqu'après le vingt et unième jour; diète absolue les premiers jours. Puis, à mesure que la fièvre diminue, donner des bouillons et même des potages. S'il n'existe pas de diarrhée, l'alimentation doit être poussée rapidement. Dans la forme maligne il faut alimenter les malades le plus possible; dès les premiers jours il faut donner des bouillons et essayer un peu d'eau rougie et sucrée pour tisane. On augmentera les doses de vin si les malades s'en trouvent bien.

Dans la forme commune, la meilleure tisane est la fleur de mauve avec un peu de lait; l'eau d'orge, l'eau de gomme peuvent encore être prescrites.

CHAPITRE II

ROSÉOLE

C'est une fièvre éruptive caractérisée par une éruption fort analogue à la rougeole, mais sans le catarrhe concomitant.

Définition. — Cette maladie est contagieuse; elle peut récidiver plus fréquemment encore que la rougeole; elle ne préserve pas de cette dernière et réciproquement; elle marche par épidémie. Il ne faut pas confondre avec cette fièvre éruptive les roséoles *syphilitiques*, *rhumatismales* ou *cholériques*, qui ne sont que des symptômes.

Division. — La roséole se présente sous deux formes : *forme commune* et *forme bénigne*.

I. Forme commune. — La *forme commune* débute par un frisson et des vomissements. Chez les petits enfants, elle peut s'accompagner de convulsion et simule quelquefois la méningite. Avec le premier accès fébrile apparaît une éruption de plaques à bords festonnés comme dans la rougeole, mais plus pâle que dans cette maladie. L'éruption dure vingt-quatre ou quarante-huit heures ; elle laisse des taches jaunâtres qui disparaissent à leur tour avec ou sans desquamation. Souvent une seconde et une troisième éruption se succèdent chez le même malade, et donnent à la roséole une durée d'un septénaire à un septénaire et demi. L'éruption se fait souvent et principalement au tronc et aux membres ; cependant elle peut aussi se manifester à la face. Il n'y a pas d'accidents consécutifs.

II. Forme bénigne. — Elle est constituée par l'éruption seule, sans fièvre, sans malaise, sans éruption successive, sa durée est de trente-six à quarante-huit heures.

Étiologie. — La roséole est épidémique et contagieuse ; elle sévit principalement chez les enfants pendant la dentition, chez les femmes à peau fine ; elle est plus fréquente en été.

Traitement. — Il consiste dans les soins hygiéniques indiqués à propos de la rougeole. Quelques doses d'*aconitum*, si la fièvre est intense, et *copahuva*, si l'éruption récidive, sont les seuls médicaments à prescrire.

CHAPITRE III.

SCARLATINE

Définition. — La scarlatine est une fièvre éruptive caractérisée par une éruption d'un rouge uniforme ; il existe en même temps une angine spéciale.

Cette maladie est autrement grave que la rougeole; elle expose le médecin à bien des mécomptes, parce qu'elle est sujette à des *accidents* et qu'elle se termine quelquefois brusquement par une mort subite et inattendue.

La scarlatine se présente sous cinq formes distinctes : la *forme commune*, la *forme bénigne;* la *forme angineuse*, la *forme maligne* et la *forme anomale*.

I. Forme commune. — C'est la *scarlatine lisse*.

1re *période*. Invasion. — Elle débute violemment par une fièvre intense, des vomissements et du mal de gorge. La chaleur de la peau est excessive; le pouls petit, *obscur* et très-fréquent; la céphalalgie intense; il y a de la prostration, une tendance à la somnolence. Le malade se plaint de mal de gorge, et l'inspection de l'arrière-gorge permet de constater une rougeur vive et uniforme du pharynx. Au bout de six, douze ou vingt-quatre heures au plus, l'éruption apparaît à la face.

2e *période*. Eruption. — Le mouvement fébrile continue avec la même intensité, quelquefois même il augmente; il s'accompagne d'une excessive céphalalgie avec somnolence ou délire, la peau est sèche, brûlante, le pouls petit et très-fréquent. L'éruption apparaît d'abord aux joues et presque simultanément à la poitrine, au ventre et aux cuisses. C'est d'abord une rougeur franche s'étendant uniformément et ne présentant pas de taches séparées, comme dans la rougeole. Cette rougeur, qui s'efface sous la pression, présente un pointillé plus ou moins marqué; elle devient plus foncée chaque jour, et dans les cas intenses prend une couleur un peu violacée; elle atteint son apogée le troisième jour, persiste jusqu'au septième et souvent jusqu'au dixième jour, et s'accompagne d'un gonflement notable de la face, des mains et quelquefois des pieds.

Pendant ce temps-là, il se passe du côté de la gorge et de la bouche des symptômes fort importants. La rougeur scarlatineuse du pharynx s'accompagne d'un gonflement très-marqué des amygdales, d'une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et de la production d'un enduit pultacé. La langue, qui

le premier jour est très-chargée d'un enduit blanc jaunâtre, présente dès le second jour un piqueté rouge qui augmente encore le troisième jour. Le quatrième jour, elle se dépouille complètement de son épithélium; elle est entièrement rouge, ses papilles sont saillantes, et elle a l'aspect d'une fraise. Cet aspect de la langue, qui persiste autant que l'éruption, est un signe *pathognomonique*.

3e *période*. Desquamation.— Du septième au onzième jour, la desquamation commence. Elle apparaît d'abord à la face, vers les ailes du nez ; en même temps, le mouvement fébrile décroît et s'éteint avec le délire, la somnolence et les autres accidents cérébraux. La langue reste toujours d'un rouge uniforme ; mais elle perd son aspect chagriné parce qu'un nouvel épithélium se reforme; la gorge désenfle et se nettoie; le sommeil et l'appétit reviennent, la convalescence commence.

La desquamation se fait habituellement par grands lambeaux, surtout aux mains et à la face. L'épiderme des doigts, celui qui recouvre le nez, se détachent quelquefois en entier ; d'autres fois, la desquamation a lieu par petits îlots; l'épiderme se soulève dans une multitude de petits points séparés.

La desquamation se prolonge habituellement jusqu'au vingtième jour, et souvent jusqu'au quarantième. Quelquefois, elle recommence deux ou trois fois et dure pendant deux mois et plus.

Le tracé thermique atteint dès le premier jour ou au plus tard le second 40 degrés, ou même 40,5 degrés; le type est presque continu, il n'y a pas de différence entre le soir et le matin, ce qui suffirait à distinguer la scarlatine de la rougeole. La chaleur fébrile ne tombe pas avant le quatrième jour de l'éruption, et elle persiste souvent jusqu'au septième et au neuvième jour.

Complications. — Afin de faire mieux saisir la physionomie de la maladie, nous n'avons décrit que les symptômes constants ; il nous reste à indiquer les accidents et les complications qui peuvent surgir à chaque période et compromettre la vie des malades.

Convulsions. — On observe très-rarement, et chez les enfants seulement, des convulsions éclamptiformes. Pendant la période d'invasion, cet accident est excessivement grave.

Accidents de la période d'éruption.

Méningite. — La *méningite* est la complication la plus fréquente et la plus grave de la scarlatine. Elle est caractérisée par le délire, l'agitation, puis la somnolence et le coma, et par les autres symptômes des méningites secondaires; elle détermine la mort des malades surtout vers la fin du premier septénaire.

Arthrite. — L'*arthrite* scarlatineuse, dont on a exagéré la fréquence, siége le plus souvent aux mains, elle est plus fixe et cependant guérit plus facilement que le rhumatisme articulaire. Dans les cas graves, elle peut suppurer; elle alterne quelquefois avec des *pleurésies* et des *péricardites* à marches rapides, caractérisées par la formation d'un liquide purulent très-abondant. L'*endocardite* est encore une complication de l'arthrite scarlatineuse.

Phlegmon diffus. — C'est une complication fort rare. Ces phlegmons siégent le plus souvent au cou, s'accompagnent de suppuration énorme, quelquefois de gangrène; ils peuvent entraîner la mort par épuisement des sujets ou par le développement d'une diathèse purulente. Quand ils guérissent, ils laissent des cicatrices et des difformités.

Accidents de la période de desquamation.

Albuminurie. — L'*albuminurie* est une complication dont la fréquence varie avec les épidémies; elle peut apparaître dès le second jour de la maladie; mais le plus souvent, elle débute le sixième jour. Elle n'est pas nécessairement liée avec l'anasarque et l'éclampsie, puisque ces deux accidents apparaissent habituellement du quatorzième au vingt et unième jour, et que très-souvent on a constaté l'existence isolée de l'une de ces trois complications.

Eclampsie. — Les attaques d'*éclampsie* apparaissent habituellement dans le cours de la troisième semaine; elles s'accompagnent souvent d'anasarque et d'albuminurie.

Ces attaques d'éclampsie, ordinairement violentes et prolongées, sont quelquefois suivies d'*hémiplégies*; elles guérissent très-souvent.

Anasarque. — L'*anasarque* présente deux variétés; dans une première, elle s'accompagne d'un mouvement fébrile intense et d'urines sanguinolentes; le pouls est dur, fréquent, la peau chaude; l'hydropisie fait des progrès rapides, s'accompagne d'*œdème du poumon* et peut déterminer la mort par asphyxie ou suffocation. Dans la seconde variété, l'anasarque ne s'accompagne pas de fièvre; elle marche plus lentement avec des urines non sanguinolentes, mais très-souvent albumineuses. Cette variété peut, comme la précédente, déterminer l'œdème du poumon et des accidents graves.

L'*œdème de le glotte* est quelquefois lié à l'anasarque scarlatineuse, et apparaît d'autres fois comme phénomène hydropique isolé.

Affections scrofuleuses. — Des affections scrofuleuses diverses, carie des vertèbres, otite et otorrhée, peuvent succéder à la scarlatine; mais ces accidents, que je n'ai jamais observés, sont excessivement rares.

Surdité. — Il n'en est pas de même de la *rétraction des muscles du cou*, et surtout de la *surdité* sans otorrhée. Ce dernier accident peut être complet, définitif et entraîner la *mutité* chez les enfants, soit parce qu'ils oublient le langage articulé, soit parce qu'ils ne peuvent l'apprendre.

II. Forme angineuse. — Elle est caractérisée par une angine diphthéritique et par une éruption mélangée de miliaire : c'est le mal de gorge gangréneux d'Huxham. Cette forme, qui domine dans certaines épidémies, est excessivement grave, mais elle ne présente pas de caractère de malignité.

La *forme angineuse* débute comme la précédente; seulement l'éruption commence par de petites papules saillantes au tou-

cher, très-nombreuses, semblables à des grains de millet et très-rouges. Cette miliaire est surtout facile à constater sur les joues et les poignets. La peau ne tarde pas à prendre la couleur rouge de la scarlatine, mais les petites papules sont toujours reconnaissables par une couleur plus foncée. Venues les premières, elles persistent encore après l'effacement de la coloration scarlatineuse.

L'angine s'accompagne d'un gonflement énorme des ganglions sous-maxillaires et de productions diphthéritiques habituellement bornées au pharynx, mais qui, dans quelques cas, s'étendent au nez et au larynx.

La mort arrive habituellement par le progrès de l'angine à la fin du premier septénaire. Si la maladie doit se terminer par la guérison, la fièvre tombe, les fausses membranes se détachent, et la convalescence s'établit du onzième au quatorzième jour.

Cette forme peut présenter pendant la convalescence les mêmes accidents que la précédente.

J'ai observé une variété de *scarlatine angineuse*, avec mélange de miliaire, mais dans laquelle l'angine est bien moins grave.

Cependant cette forme est toujours plus grave, et surtout plus longue que la scarlatine lisse ou commune, et il n'est pas rare de rencontrer des cas où, après des rémissions, le septième ou le quatorzième jour, la fièvre reprend et ne tombe définitivement que le vingtième jour.

III. Forme bénigne.—Le mouvement fébrile est très-modéré; quelquefois il manque tout à fait; l'angine est très-bénigne: cependant l'éruption a une grande intensité. Elle s'accompagne d'une desquamation abondante qui exige les mêmes précautions que dans les autres formes.

IV. Forme maligne. — Elle présente plusieurs *variétés*, mais elle a toujours pour caractère le désaccord des symptômes, la chute des forces de la vie végétative et un danger considérable.

1re *variété*. Sans prédominance d'affection locale.— Dans cette variété, le mouvement fébrile est énorme, le pouls au-dessus de 140; la chaleur atteint 44 degrés : il y a des vomissements incessants, et la mort peut arriver au bout de douze heures, avec refroidissement, lipothymie et coma. Si le malade résiste plus longtemps, l'éruption apparaît ; elle est quelquefois très-abondante et générale, d'autres fois bornée aux poignets ou à quelques portions de la peau du tronc et des membres. La fièvre continue aussi intense ; il survient du délire, des évacuations énormes ; le malade succombe presque toujours vers le troisième ou le quatrième jour dans le coma, quelquefois dans une attaque d'éclampsie. Si le malade résiste jusqu'au septième jour, il y a des chances de guérison.

2e *variété*. Hémorrhagique. — Comme dans la rougeole, des hémorrhagies à siége multiple, une éruption de purpura et de larges ecchymoses mêlées à la scarlatine, caractérisent cette variété. La mort peut être determinée par l'abondance des hémorrhagies ou par la malignité de la fièvre.

3e *variété*. Gangréneuse. — Il y a des épidémies où on l'observe plus fréquemment ; elle est caractérisée par l'apparition de gangrène de la bouche, de la vulve ou des amygdales, survenant au milieu d'un état fébrile analogue à celui de la première variété ; une grande prostration, la tendance au refroidissement accompagnent la formation de ces gangrènes presque toujours mortelles.

4e *variété*. Diphthéritique. — Dans cette variété, la maladie s'annonce avec une bénignité apparente; la fièvre n'est pas trop violente : l'angine ne dépasse pas ses limites ordinaires, l'éruption se fait bien, puis, du quatrième au neuvième jour, quand il y a déjà une amélioration, prélude de la convalescence, lorsque la desquamation a commencé , éclate une angine diphthéritique habituellement mortelle. Le mouvement fébrile reparaît ; en même temps il survient un gonflement énorme des ganglions sous-maxillaires, avec formation de fausses membranes sur les amygdales. Cette lésion qui, au début,

prédomine d'abord d'un seul côté, s'étend à toute la gorge, aux fosses nasales, et détermine la mort soit dans la prostration absolue des forces, comme dans la diphthérie maligne, soit par asphyxie et suffocation par extension de la maladie au larynx.

Forme anomale. — Quelquefois l'anomalie est caractérisée par l'absence de l'éruption; alors toute la maladie est caractérisée par l'angine scarlatineuse; d'autres fois la maladie se limite à la production d'anasarque: ainsi, pendant des épidémies de scarlatine, j'ai observé des cas nombreux d'anasarque, ayant la marche et les caractères de l'anasarque scarlatineuse, chez des enfants qui n'avaient offert ni éruption ni desquamation apparentes.

D'autres fois l'anomalie est constituée par une sorte de métissage entre la rougeole et la scarlatine. La rougeole commence d'abord, puis la scarlatine vient s'y joindre.

On a observé que, lorsque l'éruption rubéolique dominait, l'angine scarlatineuse était plus intense que la bronchite; et qu'au contraire la bronchite était plus importante lorsque l'éruption scarlatineuse prédominait.

Anatomie pathologique. — Injection de la peau et des muqueuses, gonflement des glandes de Peyer et de Brunner, hémorrhagies diverses; souvent congestion et hémorrhagies des reins; en même temps, desquamation et oblitération des *tubuli*. Le sang, d'après Andral, présente une diminution des globules. Il est diffluent comme dans toutes les fièvres malignes.

Etiologie. — Maladie contagieuse et épidémique, la scarlatine a été inoculée une seule fois, à l'aide du sang scarlatineux, par Miquel d'Amboise. Cette maladie sévit principalement au printemps et en été; elle est plus fréquente de 3 à 10 ans, mais elle peut survenir à tout âge. Rochoux dit qu'elle est inconnue aux Antilles.

Traitement.— *Prophylaxie.*— La belladone est un bon moyen prophylactique, mais il n'est pas infaillible, 5 gouttes de tein-

ture dans 1 litre d'eau, une cuillerée à bouche tous les deux jours aux grandes personnes, et une cuillerée à café aux enfants. L'usage de cette potion donne quelquefois lieu à une *éruption scarlatiniforme.*

Traitement de la forme commune. — *Stramonium*, *belladona* et *hyosciamus* sont indiqués pendant les deux premières périodes de la forme commune. D'après mon expérience personnelle, *stramonium* (3°) convient le plus souvent; il correspond à l'ensemble de la maladie, et est plus spécialement indiqué par le tremblement des membres, la fureur, le mutisme avec un air joyeux.

Belladona est préféré par la plupart des médecins et dans des circonstances analogues.

Opium m'a rendu de grands services quand il y a de la somnolence, du coma avec pupilles contractées.

Traitement de la forme angineuse. — *Belladona* échoue presque constamment, c'est *aconitum* (3°) qui convient au début, dans cette forme; mais, dès le deuxième ou le troisième jour, *aconitum* doit être remplacé par *solubilis* et *baryta carbonica* (3°) alternés, contre l'angine.

Baryta carbonica convient seul toutes les fois qu'il y a une tuméfaction notable d'une ou de deux amygdales. C'est un excellent médicament et qui est bien supérieur à *mercurius.*

Traitement de la forme maligne. — Contre la forme maligne, *stramonium* est insuffisant, et il faut très-rapidement arriver à *arsenicum* ou à *lachesis.* Ce dernier médicament est préféré aujourd'hui par la plupart des médecins dans le traitement des scarlatines graves, et il a procuré des guérisons inespérées; il constitue donc ici le médicament principal. *Lachesis* est encore indiqué d'une manière plus positive dans la scarlatine hémorrhagique avec chute des forces, pouls tremblant, défaillant et lipothymies.

Alianthus glandulosa. Très-apprécié et recommandé par les médecins homœopathes américains et anglais contre les cas de scarlatine maligne. Sa pathogénésie, d'ailleurs, correspond

bien à cette maladie. *Apis mellifica*, le Dr Kankiwell a contribué à répandre l'usage de ce venin dans la scarlatine. Il fut porté à l'employer dans cette dernière maladie, par cette remarque qu'un patient qui en était atteint, portait au bras un îlot de peau demeuré blanc au milieu de la rougeur environnante, lequel point avait été quelque temps avant le siége de l'inflammation résultant de la piqûre d'une abeille.

Si la maladie n'est pas modifiée par arsenic, si la *chaleur est excessive,* il ne faut pas hésiter à employer concurremment les *affusions froides* d'une durée d'un quart de minute à une minute, avec de l'eau de 20 à 25 degrés. Si le malade est excessivement faible, on peut commencer par des *ablutions froides* avec une éponge trempée dans de l'eau à 24 degrés; l'eau froide devra être appliquée dès le début, dans les cas très-violents.

Traitement des accidents et des complications. — Rappelons que les complications de la diphthérie réclament, en outre, *lachesis*, *bryonia*, *bromum* et surtout *cyanure de mercure*; l'éclampsie, *belladona*, *æthusa* ou le chloroforme en inhalation; l'œdème de la glotte : *solubilis*, *chininum sulfuricum*, *apis mellifica* et quelquefois la trachéotomie ; l'œdème du poumon : *phosphorus*, *cannabis*, *scilla* et *tartarus;* l'anasarque : *aconitum* contre le mouvement fébrile, puis *belladona*, *arsenicum*, *helleborus* et *cantharis*. (Voy. *Diphthérie*, *œdème de la glotte et maladie de Bright*.)

J'emploie, dans la scarlatine, la 3e trituration, une cuillerée toutes les deux ou trois heures, quelquefois toutes les heures.

Soins hygiéniques. — Séjour au lit jusqu'à l'entière disparition de l'éruption; séjour dans la chambre exactement fermée jusqu'à l'entière desquamation, c'est-à-dire environ 40 jours; nourrir les malades aussitôt que possible ; boissons alcoolisées, féculentes ou légèrement acidulées par le sirop de cerises.

Dans la forme maligne, l'alcool est formellement indiqué ; on le prescrit sous forme de vin à la dose d'un demi-litre en 24 heures, ou sous forme d'eau-de-vie à la dose de 6 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée.

CHAPITRE IV

VARIOLE

La variole est une fièvre éruptive caractérisée par des pustules ombiliquées.

C'est une maladie extrêmement grave et qui, avant la vaccine, enlevait un dixième de la population. Repoussante par son aspect et par son odeur, la variole laisse sur les survivants des difformités irrémédiables; apportée de l'Orient comme la rougeole et la scarlatine, elle a envahi l'Europe vers le XIe siècle.

La variole présente à étudier quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* et la *forme anomale*.

L'éruption pouvant être *confluente*, *cohérente* ou *discrète* dans la forme commune et dans la forme maligne, le caractère de l'éruption ne peut servir qu'à constituer une variété et non pas une forme.

I. Forme commune. — Elle présente deux variétés : *variole cohérente, variole confluente.*

1re *variété.* Variole cohérente. Elle est caractérisée par une éruption dont les pustules se touchent sans se confondre toutes, comme dans la variété suivante, elle paraît être de quinze jours.

L'incubation a une durée de huit jours dans la variole inoculée; cette durée est encore indéterminée dans les cas de contagion ordinaire; elle parait être de quinze jours.

La maladie débute par un frisson initial, bientôt suivi d'une grande chaleur fébrile avec pouls fort et fréquent. Ce mouvement fébrile s'accompagne de vomissements, d'un grand mal de tête et d'une rachialgie considérable. Presque constamment il existe une constipation opiniâtre et une tendance à la sueur. Ces deux caractères, avec le début brusque de la maladie, servent à différencier, à cette période, la variole de la fièvre typhoïde.

Le mouvement fébrile affecte le type rémittent ; cette période a une durée de quatre jours.

L'éruption commence habituellement le soir du quatrième jour ; le mouvement fébrile décroît dans la nuit et tombe le cinquième jour au matin. C'est un caractère commun à toutes les varioles qui ne sont pas malignes.

L'éruption apparaît d'abord à la face. Le premier jour, ce sont des papules rouges très-petites, mais déjà acuminées, ce qui les distingue de la rougeole ; le deuxième jour, l'éruption se généralise, envahit le tronc et les membres ; les boutons sortis la veille présentent déjà une vésicule bien apparente. Le troisième jour, les boutons augmentent beaucoup ; leur base rougit et s'enflamme ; le liquide qu'ils contiennent devient opalin ; quelques-uns s'ombiliquent. Le quatrième jour, les pustules blanchissent et s'ombiliquent ; elles se touchent toutes à la face ; quelques-unes se confondent comme dans la confluente.

Le siége principal de l'éruption est à la face, aux mains et aux pieds. Le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds présentent des pustules, ce qui est un bon signe diagnostique ; en même temps, une éruption vésiculeuse se fait sur la muqueuse buccale, et principalement sur celle du pharynx. C'est l'éruption de la face qui sert à classer l'éruption et à décider si on l'appellera discrète, cohérente ou confluente. En effet, dans certains cas, le tronc présente par place une éruption confluente, bien que l'éruption de la face et l'ensemble des symptômes indiquent qu'il ne s'agit que d'une variole discrète.

La pustule de variole complètement développée est composée d'aréoles communicantes, contenant un liquide séreux et un disque pseudo-membraneux. Le centre de la pustule est retenu par un filament qui n'est autre chose qu'un conduit sébacé et qui produit l'ombilication.

Suppuration. La période d'éruption dure quatre jours.

Le huitième jour de la maladie, les pustules commencent à *suppurer*. Ce travail s'accompagne d'une inflammation considérable de la peau. La base des pustules rougit et se tuméfie ; les pustules grossissent encore et blanchissent ; la face d'abord, puis les mains et les pieds se tuméfient considérablement. La

face est hideuse, les yeux complètement fermés. En même temps que la suppuration se fait, la fièvre reparaît, c'est la *fièvre secondaire;* le pouls est fort, dur et fréquent. Cette fièvre est plus intense et surtout plus dangereuse que la fièvre d'éruption.

Le troisième jour de la période de suppuration (onzième de la maladie), apparaît une salivation abondante et visqueuse que le malade peut à peine rejeter à cause du gonflement des lèvres, et qui détermine souvent, par sa déglutition involontaire, une toux spasmodique et des accès de suffocation. Cette salivation commence avec l'éruption, mais c'est seulement au jour que nous venons d'indiquer qu'elle devient abondante et visqueuse.

Cette période dure aussi quatre jours.

Dessiccation. Le treizième jour, quelquefois seulement le quatorzième jour de la maladie, la fièvre tombe tout à fait ou au moins diminue considérablement. Les pustules commencent à se dessécher au visage; Blles deviennent jaune foncé et laissent suinter une substance épaisse ayant les apparences du miel. La rougeur et le gonflement diminuent et disparaissent rapidement. Il se forme des croûtes d'abord brunes, puis presque noires. Ces croûtes tombent et sont remplacées par d'autres plus minces, puis par de simples squames, qui, en tombant, laissent de *petites cavités* qui doivent persister, et une rougeur qui dure souvent jusqu'à la fin du deuxième mois.

Les croûtes tombent en général du seizième au vingtième jour, mais un petit nombre d'entre elles persistent quelquefois jusqu'à la sixième semaine.

Tracé thermique. — Dès le premier jour, la chaleur atteint 40 et même 41 degrés; elle continue ainsi avec un dixième ou deux de différence entre le matin et le soir, jusqu'à l'éruption. A ce moment, elle descend jusqu'à la normale pour reparaître pendant la *fièvre de suppuration*, et atteint de 39 à 41°, présente une différence de cinq dixièmes du soir au matin, et se termine tout à fait du 11e au 13e jour.

Dans la forme que nous décrivons et dans toutes les varioles

régulières, les phénomènes de l'éruption se succèdent à presque vingt-quatre heures de distance, à la face, aux mains et aux pieds; en sorte que, lorsque la dessiccation commence à la face, les mains sont en pleine tuméfaction et que les pieds ne font que commencer à gonfler.

Convalescence et accidents consécutifs. — Quand il n'existe aucune complication, la convalescence de la variole est beaucoup plus rapide que celle de la fièvre typhoïde, et les malades retrouvent leurs forces au bout de peu de temps.

L'accident le plus fréquent est la formation d'abcès sous-cutanés, habituellement multipliés au nombre de cinq ou six. J'en ai vu jusqu'à trente; ils se développent rapidement, presque sans douleur et sans inflammation; ils n'offrent aucun danger.

Les phlegmasies purulentes qui surviennent pendant la convalescence sont, au contraire, extrêmement graves. Ce sont principalement des arthrites et des pleurésies, quelquefois des méningites. Ces phlegmasies sont caractérisées par la suppuration d'emblée et par une marche rapide.

Enfin, on observe quelquefois une véritable diathèse purulente avec *abcès multiples*, *phlébites*, *phlegmasies purulentes* multipliées.

Les caries, signalées par les auteurs, sont extrêmement rares; elles sont une suite de suppurations précédentes.

L'ophthalmie de la convalescence est habituellement une blépharite ulcéreuse avec chute des cils. Elle a une durée extrêmement longue; elle succède à quelques pustules développées sur le bord libre des paupières et sur la conjonctive.

L'albuminurie commence quelquefois dès la période d'éruption; d'après Abeille, elle se montrerait surtout pendant la période de suppuration. C'est une albuminurie transitoire et qui habituellement n'est accompagnée d'aucun accident.

La paraplégie doit encore être comptée au nombre des suites possibles de la variole; elle guérit presque toujours.

Terminaison par la mort. — Elle peut avoir lieu pendant le cours de la maladie ou pendant la convalescence, à propos des accidents de suppuration que nous avons signalés; mais elle arrive beaucoup plus souvent du onzième au quatorzième jour, pendant la période de suppuration. Le mouvement fébrile, très-fort à cette période, change de nature; le pouls devient petit et faible; la peau se refroidit; la respiration s'accélère; les malades tombent dans l'adynamie; l'éruption s'affaisse prématurément; il survient une somnolence avec rêvasserie continuelle, tremblement des membres, et les malades succombent, comme l'a enseigné J.-P. Tessier, par cessation des fonctions de la peau et par l'asphyxie qui en est la suite.

La mort, dans d'autres cas, a lieu par le même mécanisme que dans les autres pyrexies; la température, loin de diminuer dans ce cas, augmente jusqu'au moment de la mort.

D'autres fois, la mort survient par une inflammation du poumon ou du cerveau.

L'éruption de pustules dans le larynx et la trachée est encore une cause de mort. La dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur est une cause de syncope et de mort subite vers le onzième jour.

L'ophthalmie avec fonte purulente de l'œil, l'orchite varioli-que, se manifestent pendant la même période; mais elles ne déterminent pas la mort par elles-mêmes.

2° *Variété.* — Variole confluente. — Elle diffère de la variété précédente par un degré d'intensité plus considérable. La première période est plus courte, et d'autant plus courte que l'éruption sera plus confluente. Elle est habituellement de trois jours.

Les petites papules de l'*éruption* sont si nombreuses et si rapprochées dans cette variété que la face semble envahie par un érysipèle. Les jours suivants, la réunion de toutes les vésicules se présente sous l'aspect d'une couenne demi-transparente qui recouvre toute la face. Pendant la *suppuration*, cette couenne jaunit et brunit; le gonflement est énorme; le pus réuni, comme dans une pustule unique, présente une véritable fluctuation.

La fièvre cesse rarement après la période d'éruption. Le pouls diminue seulement de fréquence, mais souvent la température reste aussi élevée, ce qui est d'un très-fâcheux pronostic. Pendant la suppuration, la fièvre devient excessivement violente, et les malades succombent pour la plupart. Le tracé thermique présente, dès le début, une grande élévation (41 degrés), la rémission de la période d'éruption est constante, mais plus tardive, moins longue et moins complète que dans la variété précédente, elle s'arrête au voisinage de 38 degrés. Pendant la fièvre de suppuration, la chaleur atteint quelquefois le chiffre excessif de 42 degrés.

La *salivation* est plus considérable dans cette variété que dans la précédente. La mortalité varie suivant les épidémies du tiers aux quatre-cinquièmes des malades. Quand les malades ont le bonheur de guérir, ils présentent d'affreuses cicatrices; leur visage est couturé. Souvent ils ont perdu un œil ; quelquefois ils sont aveugles.

II. Forme bénigne. — Cette forme est appelée *discrète* par les auteurs modernes. Cette dénomination est complètement erronée, puisque nous verrons que la *variole maligne* est souvent *discrète* par son éruption.

Après quelques jours de malaise, la maladie débute par un frisson, avec céphalalgie, nausée, vomissement. Le mouvement fébrile est ordinairement violent et accompagné de rachialgie et d'arthralgie. Les malades sont somnolents. Les adultes ont des sueurs, et les enfants sont en proie à des convulsions que Sydenham a le tort de regarder comme favorables, puisqu'elles peuvent tuer. Cette première période dure de vingt-quatre heures à trois jours. Dans les cas très-bénins elle peut manquer complètement.

L'éruption apparaît d'abord à la face. Elle est très-discrète, c'est-à-dire que toutes les pustules sont séparées; la fièvre tombe tout à fait.

La suppuration commence souvent dès le sixième jour, au plus tard le septième jour de la maladie. La fièvre reparaît et est plus ou moins intense, mais le gonflement de la face est tou-

jours très-considérable. Les mains et les pieds se tuméfient les jours suivants.

Le dixième ou le onzième jour, la fièvre disparaît définitivement; le gonflement diminue, et la période de dessiccation se passe comme dans la forme commune.

Le tracé thermique présente l'élévation extrême du début propre à toutes les varioles légitimes. Une rémission complète accompagne l'éruption, et la chaleur remonte au chiffre élevé de 40 pendant la période de suppuration, mais seulement pendant deux jours.

III. Forme maligne.— Elle présente trois variétés : *maligne discrète, maligne confluente, maligne hémorrhagique*. Toutes présentent comme caractère commun, indépendamment de l'ataxie des symptômes, la continuation du mouvement fébrile pendant la période d'éruption.

1re *Variété.* — Maligne discrète. — Les douleurs de tête et des reins, la chute des forces, l'anxiété, l'inquiétude, la somnolence ou le délire, sont bien plus prononcés que dans la première période de la forme commune. Les vomissements, toujours nombreux, sont quelquefois incessants. La respiration est extrêmement fréquente, entrecoupée de soupirs répétés. Il y a tremblement des membres, soubresauts des tendons, lipothymies. La fièvre est tantôt ardente, tantôt au contraire, le pouls est petit et la peau froide. La période d'invasion dure quatre jours; quelquefois cinq ou six jours.

La fièvre, au lieu de cesser, au moment de l'éruption, augmente ainsi que tous les symptômes de la malignité. L'éruption se fait difficilement et irrégulièrement; elle commence quelquefois par le tronc, et présente des pustules à toutes les périodes d'évolution, les unes acuminées, les autres ombiliquées; il n'y a ni rougeur, ni gonflement. Quelquefois il survient des diarrhées énormes, des sueurs profuses avec un délire furieux ou un coma profond qui peut se terminer par la mort avant la suppuration.

Malgré une fièvre violente, la suppuration se fait très-len-

tement ; on n'observe pas les gonflements successifs de la forme commune. Des accidents survenus brusquement enlèvent le malade; ce sont des convulsions, le coma, le délire, des pneumonies, des angines, des gangrènes; ces gangrènes peuvent siéger à la bouche, à la gorge, au poumon et même à la peau. La période de *dessiccation* seule est régulière pour le petit nombre de malades qui peut l'atteindre.

2° *Variété.* — Maligne confluente. — Ne diffère de la précédente que par l'éruption qui est tout à fait confluente et par une durée moindre de la première période, l'éruption commençant souvent dès le deuxième jour. Les accidents et les risques de mort sont les mêmes que dans la variété précédente.

3° *Variété.* — Maligne hémorrhagique. — L'influence épidémique et les dispositions individuelles modifient beaucoup les caractères de la *variole hémorrhagique.*

a. Variole hémorrhagique discrète. — Quelques malades périssent dès les premiers jours avec un très-petit nombre de pustules, ou même tout à fait sans pustules. L'éruption est alors représentée par de larges plaques scarlatiniformes. La face tout entière est quelquefois envahie par cette rougeur qui devient de plus en plus sombre et passe bientôt au livide et au noir. Les aines, la poitrine, le cou, présentent des taches semblables.

Les hémorrhagies sont abondantes; mais le plus souvent elles apparaissent du quatrième au septième jour, alors que l'éruption est complète. Ce sont des épistaxis, des hématuries, des mélæna, des métrorrhagies, etc. On observe des hémorrhagies sous-cutanées considérables ; les pustules se remplissent de sang et sont mélangées avec des taches de purpura.

Très-souvent une des premières hémorrhagies est sous-muqueuse, elle apparaît aux yeux sous forme d'un double chémosis.

L'éruption est discrète ; souvent la fièvre est nulle ou peu marquée, la connaissance est entière, et les malades périssent

dans le premier septenaire. J'ai observé dans la période d'invasion des vomissements excessivement nombreux.

b. Variole hémorrhagique confluente. — Dans une autre variété, l'éruption est confluente, la fièvre est intense. La maladie présente tout à fait l'aspect de la confluente maligne. Seulement les pustules se remplissent de sang ; elles s'accompagnent de taches de purpura, et il y a des hémorrhagies multiples, mais moins abondantes que dans la variété précédente. Il faut bien se garder de confondre avec cette forme affreusement dangereuse les varioles communes qui s'accompagnent de quelques hémorrhagies.

V. Forme anomale.—Comme la scarlatine et la rougeole, la variole présente des anomalies quant à ses périodes et quant à son éruption : tantôt les pustules sont démesurément grandes et ressemblent à des *bulles*, *varioles cristallines ;* d'autres fois, elles sont desséchées et comme cornées, *varioles siliqueuses* et *verruqueuses*. Mais l'anomalie la plus fréquente est celle qui résulte de la modification de la maladie par la vaccine ou par une variole antécédente : c'est la *varioloïde*.

Varioloïde. — La varioloïde est caractérisée par la suppression plus ou moins complète de la fièvre de suppuration. Elle peut se présenter sous les trois formes propres à la variole et offre peu de différence dans les deux premières périodes ; il faut donc savoir que la varioloïde peut commencer avec un appareil fébrile excessif et toutes les apparences d'une maladie très-grave ; puis subitement vers le septième, le huitième ou le neuvième jour, la fièvre cesse complètement, la maladie passe sans transition de la deuxième à la quatrième période, et la suppuration est supprimée avec tous ses accidents. La varioloïde est coupée d'autant plus court que l'immunité vaccinale ou d'une variole antécédente est plus complète ; quand cette immunité est très-affaiblie, la maladie est extrêmement violente et peut se terminer par la mort. On observe, suivant le degré d'immunité, toutes les variétés, depuis la variole à peine

atténuée et qui se termine par la mort, jusqu'à celle qui manque totalement de la fièvre de suppuration.

En général, dans la varioloïde, les pustules sont peu ou point ombiliquées; et la période de suppuration, étant fort incomplète, elles ne laissent pas de cicatrices.

Altération du sang. — Dans la *forme commune* il y a augmentation de la fibrine et conservation des globules ; dans la *forme maligne* il y a, pour ainsi dire, *cadavérisation* du sang par avance.

Les globules se déforment, s'accolent facilement; ils cessent leurs fonctions et n'absorbent plus les gaz, d'où les symptômes d'asphyxie que l'on observe dans toutes les varioles graves, surtout les hémorrhagiques. La fibrine diminue considérablement; les matières extractives augmentent considérablement. Cette augmentation est due, en grande partie, à la suppression des fonctions cutanées.

Étiologie. — La variole est une maladie épidémique, contagieuse et inoculable. La contagion s'opère surtout pendant la période de suppuration ou celle de dessiccation. L'inoculation se fait par le liquide contenu dans les pustules ou desséché dans les croûtes. Le sang des varioleux n'est pas inoculable. Très-peu d'hommes sont réfractaires à la variole, et aucune *race* ne présente d'immunité. Elle sévit sous tous les climats et dans toutes les saisons. Cependant, les épidémies sont plus fréquentes pendant l'été. Aucun âge n'en est exempt, et on a vu des fœtus atteints de la variole; néanmoins, c'est principalement après six ans que la prédisposition se montre davantage.

Traitement. — La *prophylaxie* repose entièrement sur la propriété des fièvres éruptives de n'atteindre qu'une seule fois le même individu. Depuis 1673 jusqu'à la découverte de la vaccine, l'inoculation de la petite vérole était le moyen généralement employé ; seulement, la maladie développée par ce moyen devenait exceptionnellement très-violente et amenait quelque-

fois la mort. La vaccine, qui est une maladie empruntée au cheval et qui préserve à cause de son extrême analogie avec la variole, ne présente jamais d'inconvénient, aussi a-t-elle été considérée à juste titre comme un véritable bienfait. C'est, du reste, une prophylaxie tout à fait homœopathique.

La vaccine offre assez d'intérêt pour un médecin, pour que nous en fassions un chapitre à part, placé après la variole.

Traitement curatif. — *Aconitum* aux plus basses dilutions est le médicament principal de la première période ; il est indiqué par le mouvement fébrile franchement inflammatoire avec tendance à la sueur. *Belladona* sera préférée s'il existe déjà du délire et si les vomissements et la rachialgie sont excessifs. *Opium* convient mieux s'il y a somnolence ou contraction des pupilles.

Rhus toxicodendrum a été conseillé surtout quand le mouvement fébrile est mélangé de *froid* et de *chaud;* quand il s'accompagne de *douleurs tiraillantes* dans les membres. L'anxiété avec agitation, les bourdonnements d'oreilles et les coliques avec diarrhée ne contr'indiquent pas ce médicament.

La *belladone* présente bien comme le *rhus* un mélange de froid et de chaud, mais elle est plutôt caractérisée par la chaleur sèche, brûlante, avec battement des artères, gonflement des veines, rougeur et bouffisure de la joue.

Tartarus emeticus à la première trituration est le médicament principal de la variole à la seconde période; ce médicament produit à la peau des pustules analogues à celles de la variole, des pustules dans le pharynx et dans la bouche avec cette accumulation de mucus visqueux propre à la variole. On trouve encore dans sa pathogénie les *vomissements* et la rachialgie.

Ce médicament doit être continué pendant la *période de suppuration*, à moins qu'il ne surgisse d'autres indications. Il faut se rappeler que la fièvre du tartarus est caractérisée par *l'absence de soif* et une somnolence excessive. Tartarus est encore indiqué par les affections des bronches et surtout du parenchyme pulmonaire, qu'on observe quelquefois pendant la période de suppuration.

Arsenicum (6me dilution) est indiqué si le malade menace de tomber dans le *collapsus ;* grande faiblesse; refroidissement des extrémités; face bouffie, livide; anxiété; accélération de la respiration; pouls petit, faible, rapide, irrégulier; sueur froide, visqueuse; agitation et sentiment de brûlure intérieure.

Arsenic sera remplacé par *carbo vegetabilis* 30e, si les symptômes d'*asphyxie* se prononcent davantage.

Mercurius indiqué par les symptômes buccaux et cutanés a été conseillé dans la période de suppuration. Je ne l'ai jamais employé. Il en est de même de *thuya* recommandé tout à fait empiriquement par Bœninghausen et de *sarracenia purpurea* qui a eu une certaine vogue.

Je dois rappeler à ce propos que le traitement de la variole expose les médecins à une certaine illusion. En effet, si les effets préservatifs de la *vaccine* existent encore chez les malades, la période de suppuration sera supprimée à peu près complètement; en sorte que la maladie se terminera brusquemment le 8e ou le 9e jour, c'est-à-dire trois ou quatre heures après l'administration de *sarracenia* ou de tout autre médicament, et qu'on sera porté à attribuer à une action thérapeutique ce qui est purement et simplement l'effet d'une vaccination antérieure.

Vaccinium de la 1re à la 3e trituration a été employé depuis quelques années par plusieurs médecins français, comme médicament *prophylactique* et *curatif* de la petite vérole; l'homœopathicité de ce médicament est parfaite et les résultats déjà obtenus nous engagent à conseiller de continuer les essais. On donne ce médicament à toutes les périodes et dès que le diagnostic est porté.

La *période de dessiccation* ne réclame que des soins hygiéniques, à moins de complications. Les grandes suppurations demandent *arsenicum*, *silicea* ou *hepar sulfuris ;* et les ulcérations qui leur succèdent, *nitri acidum.*

VI. Forme maligne.—*Arsenicum* est le médicament principal; nous venons de rappeler ses principaux symptômes, *muriatis acidum* et *phosphori acidum* sont indiqués si *arsenicum* ne modifie pas les diarrhées excessives.

Variété hémorrhagique.— *Lachesis* est le médicament principal; voici les symptômes qui l'indiquent : chute rapide des forces, soif inextinguible, vomissements bilieux et alimentaires violents et incessants, rachialgie considérable, rash scarlatineux, hémorrhagies par divers organes et principalement par les *yeux*.

Phosphorus est indiqué pour les hémorrhagies multiples et par un ensemble de symptômes fébriles qui rappelle la fièvre typhoïde; pouls très-fréquent, chaleur sèche, somnolence profonde avec bouche ouverte, lèvres et langue sèches et noires, diarrhées abondantes et involontaires.

Secale cornutum convient dans un état plus avancé quand il y a des symptômes de gangrène : pustules noires et gangréneuses; sphacèle dans quelques parties; refroidissement; pouls petit, faible, rapide, inégal, supprimé; soif ardente, inextinguible; selles involontaires.

Les *convulsions* du début réclament les traitements de l'éclampsie.

Hygiène. — Il faut nourrir et aérer les malades autant que possible. Des bouillons et des potages aussitôt que le mouvement fébrile s'interrompt ou diminue; faire lever les malades tous les jours. J.-P. Tessier, non-seulement les faisait lever, mais encore transporter dans la cour de l'hôpital ou à la fenêtre ouverte des salles, afin de lutter contre l'asphyxie cutanée qui est une cause puissante de mort dans cette maladie.

Les moyens abortifs appliqués à la face : emplâtres de Vigo, onctions mercurielles, cautérisation des pustules, lotions avec le sublimé, semblent avoir produit un mauvais effet, sur la marche de la maladie; nous ne les conseillons pas, excepté pour les paupières qu'il importe de préserver, à cause des blépharites consécutives.

CHAPITRE V

VACCINE

En général, il ne faut pas vacciner avant le deuxième mois depuis la naissance; avant cet âge, on s'expose à developper un

érysipèle excessivement grave. Il faut prendre du vaccin âgé de 6 à 8 jours et l'inoculer au bras, à l'aide d'une lancette, par six piqûres ; des recherches semblent démontrer que six piqûres préservent davantage qu'une seule.

Le troisième ou le quatrième jour, on constate une petite papule plus sensible au toucher qu'à la vue ; le cinquième jour, elle grossit un peu et présente un commencement de vésicule ; le sixième jour, elle s'étale, s'ombilique et présente une couleur opaline avec des reflets nacrés ; du septième au huitième jour, apparaît l'aréole inflammatoire ; le bouton grossit encore, il est blanc, bleuâtre et très-ombiliqué ; le neuvième jour, suppuration de la pustule avec aréole très-enflammée ; gonflement et engorgement douloureux du bras, quelquefois un peu de fièvre. Le onzième jour, la pustule se flétrit ; elle se recouvre d'une croûte ; les jours suivants, cette croûte devient brun-noir, extrêmement dure ; elle persiste jusqu'au vingt ou vingt-cinquième jour. Cette croûte est remplacée par une cicatrice réticulée, caractéristique et ordinairement indélébile.

L'éruption est quelquefois plus rapide en été ; elle peut être retardée de dix ou vingt jours et même d'un mois ; elle est modifiée, comme la variole, par une vaccine ou une variole antécédente ; elle est toujours suspendue par une fièvre éruptive et plus ou moins retardée par une autre maladie. La méningite semble sans influence sur son développement.

La vaccine est auto-inoculable, l'inoculation faite le 4e jour est celle qui réussit le mieux ; celle qui est faite le 9e jour donne des résultats à peine appréciables. La vaccine ne préserve donc de la variole qu'à partir du 9e jour. Si elle est pratiquée trop tard, elle n'arrête pas la variole, mais la modifie, comme aussi la vaccine est modifiée par la variole. Cependant il y a des cas dans lesquels les deux éruptions se développent simultanément sans paraître se modifier.

Revaccination. — La durée de l'immunité engendrée par la vaccine est encore douteuse. Des auteurs la fixent à trois ans, d'autres à cinq ans ; elle varie évidemment avec les individus

et peut-être aussi avec la vaccine. Il est toujours prudent de revaccinerr en temps d'épidémie.

Certains individus sont complètement réfractaires à la vaccine. Sont-ils aussi réfractaires à la variole?

Fausse vaccine. — On appelle *fausse vaccine* une éruption vésiculo-pustuleuse produite probablement par l'inoculation d'un vaccin trop avancé, donnant lieu à de gros boutons non ombiliqués et développés très-rapidement. Ces pustules ne fournissent pas un liquide inoculable.

Vaccine syphilitique. — Un accident horrible et capable de faire renoncer à la vaccine, est la communication de la syphilis par la vaccination. Des séries nombreuses d'enfants ont déjà été infectées de cette manière. A la place de la pustule ombiliquée on voit se développer, du huitième au cinquantième jour, une papule syphilitique, puis tous les accidents consécutifs de la vérole.

Le moyen le plus certain pour éviter cet accident est de choisir pour vaccinogènes des sujets bien portants et ayant déjà dépassé 6 mois, parce que la syphilis héréditaire se développe presque toujours avant cette époque. Il est bon aussi de ne pas mêler de sang au liquide vaccinal.

Vaccination animale. — La vaccination animale, si elle parvient à s'établir dans de bonnes conditions, sera encore le meilleur moyen d'empêcher la transmission de la syphilis à l'aide du vaccin, puisque les animaux sont réfractaires à la syphilis.

Origine de la vaccine. — La vaccine est originaire d'une fièvre éruptive sporadique ou épizootique chez le cheval. Cette fièvre éruptive, très-analogue à la variole humaine, mais beaucoup plus bénigne, produit des pustules discrètes sur plusieurs parties du corps, mais principalement au pli du paturon, d'où le nom d'*eaux aux jambes vaccinogènes* qui lui avait été donné. Elle produit aussi des vésicules dans la bouche, maladies *aphtheuses* de Boulcy. Cette maladie existe aussi dans l'espèce bovine, soit

qu'elle y naisse spontanément, soit qu'elle provienne du cheval par contagion. L'éruption se localise principalement sur les mamelles, où elle a pris le nom de *cowpox*, ou en français *vaccin*.

CHAPITRE VI

VARICELLE

Définition. — C'est une fièvre éruptive caractérisée par des *bullo-pustules*. Cette maladie, appelée à tort *petite vérole volante*, est complètement distincte de la variole, elle peut régner simultanément avec la variole; mais elle n'en provient pas, car elle ne peut ni transmettre cette maladie ni être transmise par elle; l'une ne préserve pas de l'autre; enfin, et ceci est un caractère essentiel, la varicelle n'est pas inoculable.

Division. — La varicelle présente deux formes : *forme commune* et *forme bénigne*.

I. Forme commune.—Elle débute par un mouvement fébrile intense qui précède l'éruption de vingt-quatre heures seulement. Celle-ci apparaît sur un point quelconque du corps et débute par une papule rose bientôt recouverte d'une vésicule, puis d'une bulle brillante qui, le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, s'entoure d'un cercle inflammatoire et suppure. Le septième jour la bulle se recouvre d'une croûte noirâtre qui tombe bientôt. Un caractère qui n'existe pas dans les fièvres éruptives précédentes et qui prolonge quelquefois beaucoup la durée de la varicelle, c'est qu'il peut survenir des éruptions successives précédées chaque fois d'un mouvement fébrile.

II. Forme benigne. — Elle est complètement apyrétique.

Traitement. — Au début pendant la fièvre, *aconitum*. Pendant la période d'éruption, *hepar sulfuris* et *croton tiglium*.

CHAPITRE VII

FIÈVRE ORTIÉE

Définition. — Fièvre éruptive caractérisée par des papules pruriantes analogues à celles produites par la piqûre de l'*urtica urens*.

L'éruption urticaire est une lésion commune à la fièvre que nous décrivons et à plusieurs maladies : scrofule, goutte, fièvre intermittente, etc.

Division. — Elle présente deux formes : *forme commune* et *forme bénigne*.

I. Forme commune. — Elle débute par un mouvement fébrile souvent très-intense, accompagné d'anxiété, de lipothymie, de vomissements et quelquefois de diarrhée. Après quelques heures ou au plus un jour de fièvre, l'éruption apparaît; elle s'annonce par de la chaleur et des picotements à la peau, puis elle se produit à peu près simultanément à la face, sur les épaules, sur les lombes, à la face interne des avant-bras et des cuisses. Ce sont des papules extrêmement larges, de grandes plaques irrégulières, d'une couleur rosée, avec des parties blanches, et faisant sur la peau une saillie très-notable. Cette éruption s'accompagne d'un gonflement quelquefois très-considérable et d'un prurit fort intense qui se change, par le frottement, en un sentiment de brûlure et de cuisson. L'éruption a une durée éphémère, elle apparaît et disparaît plusieurs fois dans le cours de la maladie. Le frottement suffit pour la faire naître et l'augmente beaucoup quand elle existe déjà. L'éruption est confluente ou discrète, la muqueuse buccale présente quelquefois une lésion analogue.

Cette maladie, qui se termine constamment par la guérison, a une durée de quatre à sept jours.

II. Forme bénigne. — Elle est apyrétique et dure de quarante-huit heures à quatre jours.

Étiologie. — Cette maladie est plus fréquente en été; elle sévit principalement dans l'enfance et la jeunesse; les femmes y sont plus exposées que les hommes. Certains aliments sont une *occasion* évidente du développement de cette maladie : les coquillages, les œufs de poissons, les écrevisses, le miel.

Traitement. — On a préconisé comme infaillible dans le traitement de cette maladie le *ledum palustre*, puis *camphora* et *croton tiglium*; mais il faut se rappeler que la maladie se termine naturellement par la guérison en très-peu de jours. *Urtica*, *urens*, *apis mellifera*, *rhus toxicodendron*, *dulcamara*, *arsenicum*, mais surtout *astacus fluviatilis*, ont aussi été indiqués; mais la plupart de ces médicaments correspondent plutôt à l'*urticaire* qu'à la fièvre ortiée.

Lorsqu'il y a fièvre, anxiété, tendance aux lipothymies, vomissements et diarrhée, nous avons coutume de prescrire *apis mellifera* toutes les deux heures, et, s'il n'y a pas d'amendement après douze heures, *arsenicum*. *Camphora* correspond à peu près aux mêmes symptômes qu'*apis ;* la tendance aux syncopes, avec refroidissement de la peau, pouls lent et petit, froid glacial des mains, anxiété et désespoir caractérisent ce médicament beaucoup plus que les éruptions, en sorte que camphora doit plutôt être administré d'une manière intercurrente contre les symptômes que nous venons d'énumérer. La dose est une goutte de teinture sur du sucre toutes les demi-heures. Quand le mouvement fébrile est nul ou peu intense, *urtica urens* 6°, ou *astacus* toutes les trois heures. Quand le mouvement fébrile est intermittent, le *sulfate de quinine* est encore le meilleur médicament.

CHAPITRE IX

ÉRYTHÈME NOUEUX

Définition. — L'érythème noueux est constitué anatomiquement par une grosse papule. Cette lésion est commune à plusieurs maladies; mais de plus elle s'unit à des arthrites pour caractériser un véritable fièvre éruptive.

La maladie, dans sa forme commune, débute par un mouvement fébrile intense avec vomissement et mal de gorge; elle offre alors une certaine ressemblance avec la scarlatine. L'éruption se fait dans les premières vingt-quatre heures, elle siége principalement aux membres et à la face. On observe souvent des papules sur les muqueuses et en particulier sur les conjonctives. Une fois l'éruption faite, le mouvement fébrile décroît; le lendemain les taches pâlissent, et au bout de trois jours elles revêtent une coloration jaunâtre qui, diminue et s'efface complètement à la fin du premier septénaire.

Mais souvent la première éruption étant en voie de décroissance, la fièvre reparaît: une seconde, et quelquefois une troisième éruption se produisent, suivent la même marche que la première et prolongent la maladie jusqu'à la troisième semaine.

Pendant ce temps, les malades accusent des douleurs très-vives dans une ou plusieurs articulations, et ces douleurs persistent encore après l'éruption. Ces arthrites sont fixes; elles ne s'accompagnent ni de rougeur, ni de gonflement, elles sont moins limitées aux jointures que l'arthrite rhumatismale et se prolongent davantage dans la continuité des membres.

L'éruption est constituée par de grosses papules ayant une base indurée bien circonscrite, et qu'on peut saisir entre les doigts; quelquefois les papules se recouvrent d'une toute petite vésicule.

Traitement. — *Belladone*, *apis mellifera* et *antimonium crudum*, sont les trois principaux médicaments.

Belladone convient au début, lorsque le mal de gorge est intense.

Apis convient aux nodosités pruriantes siégeant au niveau des articulations, aux douleurs articulaires et à la fièvre.

Antimonium, qui est indiqué par un mouvement fébrile intense avec prédominance des symptômes appelés *bilieux*, répond encore aux grosses papules, au mal de gorge et aux arthrites des doigts.

La clinique n'a pas encore indiqué quel était le médicament préférable.

LIVRE II

FIÈVRES CONTINUES

Définition. — Deuxième classe des fièvres, caractérisée par un mouvement fébrile continu et par des affections diverses.

Dans les fièvres continues, les déterminations vers la peau, les éruptions, ou bien n'existent pas ou sont extrêmement légères.

Division. — Il y a trois fièvres continues : l'*éphémère*, la *synoque* et la fièvre *typhoïde*. Nous y joindrons le *typhus à rechute*, quoique cette maladie soit encore peu connue.

La question des fièvres continues qui a été résolue par les travaux des médecins du commencement de ce siècle, est de nouveau obscurcie par une fausse notion des inflammations catarrhales de l'estomac; et les appellations de fièvres *muqueuses*, fièvres *bilieuses*, fièvres *gastriques* se rencontrent trop souvent chez les médecins contemporains pour que nous ne soyons pas obligé de rétablir sur ce point les saines doctrines de la nosologie.

Pour qu'une espèce morbide soit admise en médecine pratique, il faut que son existence soit démontrée par des faits cliniques qui établissent que cette espèce morbide se montre toujours à l'observateur avec un ensemble de symptômes et de lésions identiques. Et c'est parce que la clinique démontre l'existence de l'*éphémère*, de la *synoque* et de la *fièvre typhoïde* que nous disons qu'il y a trois fièvres continues. En est-il de même des fièvres muqueuses, bilieuses et gastriques?

Les prétendues fièvres muqueuse et bilieuse n'ont été de notre temps l'objet d'aucun travail clinique, ces expressions n'ont donc au point de vue scientifique qu'une valeur historique en tant qu'elles ont servi à désigner des formes artificielles de fièvre typhoïde; mais au point de vue pratique elles ont une importance beaucoup plus grande, attendu qu'elles servent depuis quelques années à couvrir l'absence d'un diagnostic exact, souvent si difficile dans les maladies aiguës à leur début. Ainsi

quand un praticien est appelé au commencement d'une maladie fébrile dont le diagnostic lui échappe, il trouve commode d'avoir à sa disposition l'expression élastique de fièvre muqueuse, qui n'engage à rien et permet plus tard de rectifier le diagnostic.

Quant à la *fièvre gastrique*, elle repose sur des bases plus scientifiques, un certain nombre de médecins allemands reprenant l'idée de Broussais expliquent la *synoque* par un catarrhe gastrique, d'où le nom de fièvre gastrique substitué à celui par trop scientifique, je le reconnais, de synoque. Cette innovation n'a rien de bien révolutionnaire puisqu'elle laisse subsister l'espèce morbide dont Davasse a si bien tracé l'histoire et qu'elle se borne à lui donner un autre nom. Autrefois la synoque s'appelait *fièvre inflammatoire ;* qu'elle s'appelle aujourd'hui *fièvre gastrique*, le mal ne sera pas irréparrable ; seulement cette expression a le tort de préjuger la nature de cette fièvre continue et a la prétention d'en faire une phlegmasie de l'estomac.

Cette opinion allemande repose uniquement sur les *symptômes saburraux* qui accompagnent la synoque. Or, si les symptômes saburraux démontraient la nature gastrique de cette fièvre, il faudrait en revenir à la doctrine de Broussais et enseigner que toutes les maladies aiguës sont des *gastrites*, puisque *toutes* s'accompagnent à un certain degré d'enduits de la langue et des gencives. Est-ce que la moindre amygdalite ne s'accompagne pas d'un enduit jaune et épais de la langue? eh bien, dirons-nous que l'amygdalite est une gastrite? J'ajoute que les médecins qui voient des gastrites chez les malades qui ont des symptômes saburraux sont restés encroûtés dans l'humorisme ancien et qu'ils ne tiennent aucun compte des travaux modernes. Davasse a démontré que les enduits de la langue tenaient à une *stomotite* qui avait pour conclusion la desquamation de l'épithélium de la langue. Or c'est cet épithélium mortifié qui produit toutes ces saburres de la langue, et il suffit d'avoir une inflammation gengivale autour d'une dent cariée pour observer le développement d'une stomatite qui revête l'apparence de l'*état gastrique* le plus prononcé.

CHAPITRE PREMIER

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE

Définition. — L'*éphémère* est caractérisée par un mouvement fébrile continu d'une durée habituelle de douze heures et terminée par une crise; par exception, cette fièvre peut durer trois jours. Elle prend le nom d'*éphémère prolongée*.

Description. — Cette maladie, toujours bénigne, est extrêmement fréquente; elle est connue sous le nom de *courbature*. Quelquefois après un malaise de quelques heures, le plus souvent sans malaise, l'éphémère débute sans frisson par un mouvement fébrile extrêmement fort et atteignant de suite son maximum d'intensité, elle débute souvent par des vomissements, surtout quand l'invasion a lieu peu après le repas. Si elle commence peu après un repas, elle détermine un ou plusieurs vomissements. Dans sa période d'état, elle est caractérisée par un mouvement fébrile intense, avec un pouls grand, fort et fréquent, la chaleur de la peau, quoique intense, n'est ni sèche, ni désagréable, elle s'élève dès le premier jour à 40 degrés. Il y a une grande céphalalgie, de la somnolence, et chez quelques personnes du délire, ce qui a fait confondre, dans certains cas, l'éphémère avec une méningite. Mais le symptôme prédominant de la période d'état est un sentiment de brisure douloureux dans les reins et dans les membres, une vraie *courbature*. Cette fièvre peut s'accompagner d'une localisation fluxionnaire ou inflammatoire sur le pharynx, les amygdales, ou les ganglions du cou; un certain nombre d'angines pultacées, toutes les angines *herpétiques* ne sont que des fièvres éphémères. La marche de la maladie est continue, et elle se termine au plus tard le troisième jour. Cette terminaison est aussi brusque que le début, elle s'accompagne d'une crise : une épistaxis, une sueur, un dépôt dans les urines, rarement une diarrhée et le plus souvent un herpès. Cette éruption peut occuper un point quelconque de la peau ou des muqueuses, mais son siége habituel est aux lèvres, où il occupe à la fois la muqueuse et la peau; il débute

par un sentiment de prurit et une tuméfaction qui se recouvre bientôt de vésicules habituellement cohérentes, brillantes et nacrées ; les jours suivants, les vésicules se crèvent et se recouvrent d'une croûte jaune et plus ou moins épaisse. Quand cette localisation a lieu dans la gorge, la maladie est généralement prise pour une angine herpétique.

Il n'y a pas de *convalescence*, le retour à la santé est immédiat.

Etiologie. — Cette maladie, qui est fréquente chez certaines personnes, sévit principalement dans l'*enfance* et dans la *jeunesse*, et plutôt au *printemps* que dans les autres saisons; elle est presque toujours déterminée par une cause occasionnelle évidente: exercice violent, excès, émotion morale, insolation.

Traitement. — *Aconitum* suffit dans la période d'état, avec la diète et les boissons légèrement acides. Contre l'herpès trop persistant, on peut prescrire *rhus toxicodendron* quand la fièvre est complètement tombée.

CHAPITRE II

FIÈVRE SYNOQUE

Cette fièvre est caractérisée par un mouvement fébrile continu, sans affection prédominante. La synoque a une durée de quatre à onze jours ; elle se termine par des crises et n'a ni prodrome ni convalescence.

La synoque débute par des frissons erratiques, accompagnés le plus souvent de nausées et de vomissements ; puis le mouvement fébrile s'établit; il s'accroît très-rapidement et est très-violent dès le premier jour; il augmente encore le deuxième et le troisième jour, époque à laquelle la maladie atteint sa période d'état.

La maladie est alors constituée par un mouvement fébrile intense, ayant un redoublement chaque soir et une rémission chaque matin ; le pouls est fort et fréquent ; la chaleur jamais sèche ; céphalalgie intense ; courbature ; rêvasseries la

nuit ; la langue est large, humide, recouverte d'un enduit blanc-jaunâtre, avec rougeur des bords ; le ventre est plat et indolent ; il y a de la constipation ; quelquefois cependant on observe un état contraire, diarrhée avec météorisme léger et gargouillement. La synoque revêt alors une ressemblance grossière avec la *fièvre typhoïde* ; elle s'en distingue par le début brusque, par l'absence de stupeur et de prostration, par la diarrhée elle-même, qui n'est pas fétide ; par la différence de la marche de la température, qui ici, atteint son summum dès le premier jour. Les urines sont rouges et brûlantes.

On observe fréquemment pendant la période d'état l'éruption de *taches bleues*. Ce sont des taches arrondies de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, d'une couleur bleue ardoisée pâle, ne faisant pas saillie sur la peau, ne disparaissant pas sous la pression. Plus ou moins nombreuses, ces taches siégent habituellement au bas du ventre et en haut des cuisses ; elles durent de six à sept jours, pâlissent peu à peu, et disparaissent sans présenter les teintes jaunâtres de l'ecchymose.

Vers la fin du premier septénaire, la synoque entre dans sa période de déclin ; elle se termine de deux manières différentes : le mouvement fébrile décroît peu à peu et cesse tout à fait du septième au onzième jour, ou bien le mouvement fébrile cesse tout d'un coup, comme dans l'éphémère, et cette terminaison est accompagnée d'une évacuation critique : urine, sueur, herpès, mais très-fréquemment épistaxis.

Le tracé thermométrique est caractéristique, et peut à lui seul suffire au diagnostic différentiel de la synoque et de la fièvre typhoïde. Dès le premier ou le second soir, la chaleur atteint un chiffre très-élevé, 39,5 à 40, avec une rémission matutinale d'un degré à un degré et demi ; la chaleur persiste ainsi pour se terminer brusquement, ou avec quelques ocillations du septième au neuvième jour.

Comme dans l'éphémère, la *convalescence* manque ; l'appétit et les forces reviennent immédiatement.

Étiologie. — La synoque est une maladie non contagieuse, non épidémique, sévissant plus souvent dans la jeunesse, et

sujette à récidive. *Les causes occasionnelles* sont les mêmes que pour l'éphémère, et en plus une nourriture trop substantielle, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, un refroidissement.

Traitement. — Ici encore *aconitum* est le médicament principal. Le mouvement fébrile de la synoque est l'indication la plus positive de ce médicament. Chez les personnes nerveuses, quand il y a alternance de frisson et de chaleur, diarrhée, une joue rouge et l'autre pâle, *chamomilla* est parfaitement indiquée. *Belladona*, qui serait demandée par la céphalalgie, la somnolence et les rêvasseries nocturnes, convient rarement à cause du caractère du mouvement fébrile. *Baptisia tinctoria* est, après aconit, le mèdicament principal de la synoque; du reste ses indications sont différentes. Voici d'après Richard Hughes quels sont les caractères de la fièvre de baptisia : sentiment de faiblesse, tremblement ; pouls fréquent, plein et mou ; chaleur interne et externe ; soif excessive ; céphalalgie avec tendance au délire ; langue d'un brun jaunâtre au centre, et rouge sur les bords ; constipation alternant avec diarrhée.

Boissons légèrement acidulées ; diète absolue dans la période d'état, puis bouillons et potages.

La synoque diffère de l'éphémère par une durée plus longue, par sa période d'augment, qui n'existe pas dans l'éphémère, les différences avec la fièvre typhoïde sont considérables : durée, lésions, éruptions, etc., etc.

CHAPITRE III

FIÈVRE TYPHOÏDE

C'est la troisième des fièvres continues ; elle est caractérisée par une éruption de taches dites *lenticulaires*, par sa durée, qui varie de deux à neuf septénaires, et anatomiquement par une lésion spéciale des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques.

Les divisions proposées par les auteurs sont toutes hypothétiques ; nous les remplacerons par la suivante, qui ne contient que des formes naturelles et complètement irréductibles.

1° *Forme bénigne*, latente des auteurs.

2° *Forme commune*, comprenant trois variétés : a. *commune proprement dite*, b. *commune prolongée*, c. *putride*.

3° *Forme maligne*, dont les variétés diffèrent, suivant le génie épidémique, et peuvent être rattachées à trois types : a. *foudroyante*, ataxique de plusieurs auteurs ; b. *hémorrhagique*, pétéchiale des auteurs ; c. *lente nerveuse*.

I. Forme commune. — 1re *variété*. Forme commune proprement dite. — Elle est caractérisée par la coexistence des trois affections : abdominale, thoracique et cérébrale ; par l'évolution régulière de la maladie ; par une durée ordinaire de vingt à vingt-quatre jours. C'est cette forme qui a servi de type pour la description de la maladie.

Prodromes. — Ils sont constants. Ce sont des lassitudes avec perte d'appétit ; la pesanteur de tête avec des vertiges ; de l'insomnie ou un sommeil troublé ; de la tristesse, du découragement, mais principalement des épistaxis et de la diarrhée. La durée des prodromes varie d'un à deux septénaires ; par exception, elle peut avoir une durée de six semaines.

Début. — Le plus souvent un frisson ou au moins des horripilations avec ou sans vomissement, marquent le début de la maladie. La céphalalgie, la fréquence du pouls, une chaleur âcre et désagréable, de la courbature, annoncent l'établissement du mouvement fébrile. Quelquefois le début est marqué par des accès intermittents ; d'abord tierce, puis quotidien, le mouvement fébrile finit par devenir continu. Ces accès intermittents, contre lesquels le sulfate de quinine est impuissant, se distinguent par ce caractère que les périodes d'apyrexie vont chaque jour en diminuant, ce qui est le contraire de ce qui se passe dans la fièvre intermittente. Ces accès, quand ils existent, prolongent beaucoup la période de début.

Période d'augment.—La fièvre ne cesse plus; elle s'accroît tous

les jours, présentant une rémission le matin, une augmentation le soir. Le pouls est grand et mou, de 100 à 120 ; la chaleur est âcre et sèche ; l'anorexie est complète ; la soif vive ; il y a habituellement constipation les premiers jours ; la diarrhée s'établit ensuite, quoique dans certaines épidémies la constipation persiste pendant la plus grande partie de la maladie. La diarrhée, lorsqu'elle existe, est abondante, verdâtre, et d'une grande fétidité ; il y a de 4 à 8 selles en vingt-quatre heures. Le ventre est déjà légèrement ballonné, un peu douloureux et présentant dans la fosse iliaque droite un gargouillement qui constitue un signe d'une certaine valeur. La langue, blanche ou jaunâtre, présente sur ses bords et à sa pointe une rougeur en forme de V ; les gencives, rouges et un peu tuméfiées, sont recouvertes d'un enduit pultacé. La céphalalgie est très-forte ; la face rouge et vultueuse ; il y a des épistaxis fréquentes, mais rarement abondantes. Les premiers jours, il n'y a encore ni délire, ni coma, mais déjà un commencement de stupeur et de prostration qui caractérise la maladie. La stupeur se traduit par de l'indifférence et déjà un peu de lenteur dans les réponses ; la prostration par le décubitus dorsal, la lenteur et le petit nombre des mouvements que le malade exécute. Les derniers jours de cette période, les malades présentent souvent du délire nocturne. A ce moment aussi, l'affection thoracique s'annonce par de la toux et quelques râles sibilants. La première période se termine par l'éruption sur le ventre de papules rosées, lenticulaires du septième au neuvième jour de la maladie, un peu plus tôt dans les cas graves ; cette éruption s'accompagne d'une légère rémission, mais qui n'est pas comparable à celle des fièvres éruptives. Cette période correspond au premier septénaire.

Période d'état. — Le mouvement fébrile a atteint une grande intensité. Le pouls continue d'être mou et assez grand ; souvent dicrote, il bat 110, 120, 130 fois par minute ; la chaleur, âcre et sèche, atteint et dépasse 40 degrés. La prostration et la stupeur sont très-prononcées. Les malades immobiles, couchés sur le dos, coulent toujours vers le pied de leur lit ; ils sont indiffé-

rents sur leur état et indifférents à ce qui se passe autour d'eux. La face est vultueuse et exprime la stupeur, puis vers le soir elle s'anime, les yeux deviennent brillants, le malade parle spontanément et bientôt il délire ; ce délire se prolonge toute la nuit, et, les premiers jours, cède vers le matin, puis il devient continu. En l'absence de complications, ce délire n'est jamais bruyant. Le malade semble dormir et cependant il parle et tient des discours sans suite. Cet état a reçu le nom de *typhomanie*, tant il est fréquent dans les typhus. Tantôt le délire prédomine sur le coma et alors le malade est agité et cherche à sortir de son lit; tantôt c'est le *coma* qui est plus marqué, et le malade reste immobile, plongé dans une somnolence interrompue de temps en temps par quelques paroles, qu'il marmotte entre ses dents. La diarrhée est plus abondante ; elle est jaune-verdâtre, fétide. Les selles deviennent involontaires, soit par la paralysie plus ou moins complète du sphincter, soit seulement parce que les malades ont perdu la conscience de leurs actes. Les urines, que le malade oublie de rendre, sortent par regorgement, et bientôt la vessie paralysée se distend énormément. Le ventre est ballonné d'une manière très-notable ; il n'est pas douloureux, ou au moins les malades ne perçoivent pas la douleur ; le gargouillement est très-prononcé ; la langue se sèche de plus en plus ; elle devient petite, noirâtre et tremblante ; les lèvres et les dents se recouvrent d'un enduit brun ; les narines sont pulvérulentes. L'affection thoracique se développe concurremment avec l'affection cérébrale et l'affection abdominale. C'est surtout la dyspnée qui caractérise cette période, car souvent la toux diminue d'une manière considérable, les malades ne percevant plus le stimulus qui excite à tousser ; mais l'auscultation permet d'entendre des râles sibilants, sous-crépitants et muqueux, plus ou moins abondants, et quelquefois des bruits de souffle disséminés, indice certain d'une bronchite fort intense. L'amaigrissement est encore peu sensible, la peau qui recouvre le sacrum et les grands trochanters rougit fortement, s'enflamme et présente déjà de petites eschares. Ces eschares commencent souvent par une éruption de boutons analogues à ceux de la variole. Nous devons encore signaler l'apparition des

sudamina, éruption vésiculeuse de la grosseur d'un grain de millet, entièrement transparente, siégeant principalement sur les côtés du cou et sur le devant de la poitrine; elle s'observe sur les deux tiers des malades. C'est à la fin de cette période que commencent à apparaître les accidents graves d'hémorrhagie intestinale, de perforation et de péritonite par propagation d'inflammation.

Cette période est un peu plus longue que la première et elle atteint habituellement le dix-septième jour.

3e *période*. — Lorsque le malade échappe aux dangers de la deuxième période, le 14e, 17e ou 20e jour le mouvement fébrile diminue; le pouls tombe de 10 à 20 pulsations et la chaleur de 1 ou 2 degrés. En même temps la langue s'humecte, les évacuations redeviennent volontaires, le délire cesse, la prostration et la stupeur diminuent. Le malade maigrit, sa face devient pâle, et souvent on constate une légère surdité. Habituellement les eschares s'accroissent encore pendant cette période et commencent à se détacher. Le 14e, le 17e, le 20e ou le 24e jour on observe presque constamment des évacuations critiques : épistaxis, hémorrhagies intestinales, sueurs, dépôt dans les urines; et en même temps la fièvre cesse complètement, l'appétit se prononce, le sommeil est naturel et la convalescence commence, à moins que des affections consécutives pulmonaires, cérébrales ou abdominales, ne prolongent la maladie de plusieurs semaines.

Le tracé thermique est caractéristique dans la fièvre typhoïde. Pendant la 1re *période*, *période d'augment*, l'ascension de la chaleur fébrile est progressivement ascendante ; mais avec des oscillations du soir au matin ; de telle manière que la température du second soir est plus élevée que celle du premier soir, et celle du second matin moins élevée que celle du premier soir, mais plus élevée que celle du premier matin. La chaleur suit ainsi une marche ascendante *en échelon*, et arrive du cinquième au septième jour au maximum thermique, c'est-à-dire entre 40 et 41 degrés.

Pendant la *seconde période* ou *période d'état*, la chaleur reste à

peu près stationnaire avec une très-petite différence du soir au matin, 4 à 6 dixième de degré ; le tracé thermométrique présente une sorte de *plateau*.

La 3e *période*, *période de déclin* s'annonce par une rémission plus marquée. Le matin la chaleur suit une marche en *échelons descendants*. Chaque matin la rémission est plus marquée, et l'augmentation du soir est moindre que celle du soir précédent. La différence du soir et du matin s'accentue, le mouvement fébrile devient *remittent*, il y a une différence d'un degré à un degré et demi entre le soir et le matin, 39 le soir, 37,5 le matin, puis la température du soir devient normale, et le cycle fébrile est terminé.

Avant de signaler les anomalies que peut présenter le tracé thermique de la fièvre typhoïde, retenons tout de suite sa valeur diagnostique : il suffit à distinguer, *dès le début*, la *fièvre typhoïde* de la *pneumonie*, de la *synoque*, de l'*éphémère* et des *fièvres éruptives*, puisque c'est seulement dans la fièvre typhoïde qu'on observe une élévation thermique graduelle, et que dans les autres maladies l'élévation thermique est brusque et atteint 40 degrés dès le début.

A la fin de la première période, on observe habituellement une rémission considérable de 1 degré à 2 degrés et demi. Cette rémission ne dure guère que dix à douze heures.

A la fin de la période d'état on observe quelquefois des oscillations thermométriques exagérées d'un jour à l'autre, c'est le *stade amphibole* de Wunderlich, sa durée est de trois à huit jours.

Convalescence. — L'amaigrissement, la perte des forces, la desquamation de l'épiderme et la chute des cheveux, la diminution de la mémoire, sont des phénomènes constants dans la convalescence de la fièvre typhoïde. L'oubli plus ou moins complet des connaissances acquises antérieurement est un symptôme fréquent. L'appétit est développé, vorace même, et quand il ne survient pas d'accidents, les forces reviennent rapidement, et le rétablissement est complet après six semaines ou deux mois. La nutrition prend un surcroît d'activité ; les jeunes gens

grandissent considérablement et prennent souvent un embonpoint et une solidité de constitution plus considérable qu'avant la maladie. Les cheveux repoussent toujours.

La convalescence est semée d'accidents et de dangers : les principaux sont : l'entérite consécutive, les perforations, la péritonite, rarement les hémorrhagies intestinales, les vomissements incoercibles ; des phlegmasies diverses , pneumonie , pleurésie, encéphalite circonscrite ; l'œdème de la glotte avec ou sans la nécrose des cartilages ; les abcès multiples, la nécrose des os longs, la gangrène des membres, la paraplégie, la folie, la paralysie générale des aliénés, la démence.

Terminaison par la mort. — La mort survient habituellement dans la période d'état, mais elle peut encore arriver pendant la période décroissante et pendant la convalescence.

Dans la période d'état, la mort survient par accroissement du mouvement fébrile, par la prédominance de l'affection cérébrale ou de l'affection thoracique, par le cœur.

Mort par excès du mouvement fébrile. — Le mouvement fébrile augmente, la chaleur s'élève de plusieurs degrés, le pouls devient plus fréquent ; il est petit, misérable, la respiration s'accélère ; l'œil est éteint, la cornée troublée, la conjonctive rouge ; la prostration est excessive. A ce moment apparaissent les grincements de dents, les évacuations involontaires ; le pouls devient de plus en plus fréquent, inégal, très-faible ; puis la peau se refroidit et les malades succombent dans un état lipothymique.

Mais le médecin doit savoir que cet état extrêmement grave peut se prolonger jusqu'aux jours critiques et que les malades peuvent échapper à une mort qui semblait inévitable ; le pronostic doit donc être excessivement réservé.

Mort par méningite. — Quand la mort arrive par la prédominance de l'affection cérébrale, le délire est violent, continuel, avec agitation excessive ; les malades doivent être contenus avec la camisole de force ; puis, tout à coup, ils tombent dans le coma et meurent rapidement. Souvent dans les derniers jours

on constate des paralysies partielles des muscles de la face, beaucoup plus rarement des convulsions.

Mort par broncho-pneumonie. — Quand les malades succombent à la broncho-pneumonie, la dyspnée s'accroît de jour en jour. La face prend une teinte asphyxique, la respiration devient bruyante, et les malades périssent dans l'asphyxie lente ou plus rapidement par syncope.

Mort par le cœur. — Cette mort, qui est due à l'altération des fibres musculaires du cœur, est subite ; elle est annoncée par la faiblesse considérable du pouls et des bruits cardiaques et un état lipothymique de plus en plus prononcé.

Mort dans la période de déclin et pendant la convalescence. — Dans la *période de déclin*, alors que les malades semblent marcher sûrement vers la guérison, la mort peut survenir par hémorrhagies intestinales, perforations, péritonites, pneumonie, encéphalite circonscrite ; plus tard, dans la convalescence confirmée, la diarrhée, les vomissements incoercibles, l'œdème de la glotte, la gangrène, les nécroses, les abcès, enfin des hémorrhagies et des perforations intestinales tardives, peuvent encore entraîner la mort.

Étude de quelques complications. — Nous devons revenir sur quelques-uns des accidents graves de la maladie qui n'ont été que mentionnés dans la description générale : *hémorrhagies intestinales*, *perforations*, *péritonites*, *ulcérations de la cornée*, *œdème de la glotte* et *nécrose du larynx*.

Hémorrhagies intestinales. — Elles sont produites soit par une simple exsudation à la surface de la muqueuse, soit par la perforation d'un vaisseau important. Les premières ne sont pas habituellement bien abondantes, elles sont répétées, le sang est noir et a subi un commencement de digestion. C'est le *melæna*. Cet accident n'est pas très-grave ; il est *symptomatique* dans la période d'état et *critique* dans la période de déclin.

L'hémorrhagie par ulcération d'un vaisseau important est un accident grave. L'hémorrhagie est abondante, le sang sort

par gros caillots, il est rouge foncé. S'il a séjourné longtemps dans l'intestin, il est noir, poisseux et semblable à de la mélasse. L'hémorrhagie peut être si abondante que les malades périssent en quelques heures. Cet accident se produit surtout à la fin de la période d'état et dans la période de déclin ; il peut survenir pendant la convalescence. L'hémorrhagie s'accompagne toujours d'un abaissement notable de la température.

Perforation. — Elle se produit par les progrès de l'ulcération des plaques de Peyer ; elle s'annonce par une douleur subite, intense, ressentie malgré la prostration et la stupeur ; l'altération des traits, la petitesse du pouls, le refroidissement rapide de la peau, et le ballonnement excessif du ventre. L'épanchement d'air dans le péritoine à la suite d'une perforation a pour effet d'éloigner du foie les parois abdominales et de faire disparaître la matité hépatique. La perforation est un accident rapidement mortel dans presque tous les cas : cependant des adhérences déterminées par l'inflammation du péritoine peuvent empêcher ou circonscrire l'épanchement des matières contenues dans l'intestin, mais le danger est toujours extrême.

Péritonite. — La péritonite peut se produire sans perforation et par la simple extension de l'inflammation de la muqueuse à la tunique séreuse. Les signes sont à peu près les mêmes que dans la perforation ; seulement leur marche est moins rapide, et la matité hépatique ne disparaît pas complètement.

Altération de la cornée et perte de l'œil. — Cet accident n'est pas propre à la fièvre typhoïde, et peut s'observer dans toutes les méningites ; il est dû à une inflammation de l'œil, aggravée par le défaut d'occlusion des paupières. Au début, il y a rougeur de la conjonctive, douleur et photophobie ; puis le malade, plongé dans la stupeur et la somnolence, ne sent plus le besoin de cligner : l'œil reste constamment entr'ouvert, le segment inférieur de la cornée devient terne, blanchâtre, boursouflé ; et si on ne se hâte de maintenir l'œil complètement fermé à l'aide de deux tampons de coton et d'une bande, la cornée se perfore et l'œil se vide.

Œdème de la glotte et nécrose des cartilages du larynx. — La nécrose des cartilages est quelquefois primitive ; le plus souvent elle est due aux progrès de l'ulcération de la muqueuse laryngée ; elle a pour symptômes l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, la dyspnée et les accès de suffocation avec inspiration difficile et sifflante.

Rechute. — Ce qu'on appelle rechute dans la forme commune de la fièvre typhoïde n'est autre qu'une *entérite consécutive* qui fait reparaître la diarrhée et le mouvement fébrile; mais ce n'est jamais le retour de la période d'état pendant la convalescence.

Récidives. — Elles se divisent en *récidives immédiates* et *récidives lointaines*. Les premières sont constituées par le retour de la maladie, une ou plusieurs semaines après la convalescence confirmée ; elle se distingue de la rechute, parceque la maladie recommence et parcourt de nouveau toutes ses périodes. La récidive lointaine est le retour de la maladie après une ou plusieurs années ; habituellement la seconde atteinte est moins grave que la première. Ces récidives sont excessivement rares.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la fièvre typhoïde sont des inflammations avec tendance à l'ulcération, quelquefois à la gangrène, rarement à la suppuration.

Sang. — Le sang est diffluent et contient souvent des bactéries qui ne sont qu'une lésion cadavérique commune à plusieurs maladies ; la fibrine a diminué, et les globules ont augmenté.

Affection intestinale. — Elle est caractéristique de la fièvre typhoïde; elle siége sur les plaques de Peyer et sur les follicules isolés. La lésion des ganglions mésentériques et de la rate est consécutive à celle des plaques. Cette lésion se développe d'abord près de la vavulve iléo-cæcale, puis succesivement en remontant l'intestin grêle, en sorte qu'elle est d'autant moins avancée qu'on l'examine plus haut, ce qui permet d'en étudier l'évolution. Les descriptions fondées sur les autopsies avant le deuxième septénaire ne peuvent faire connaître l'évolution de

la lésion dans la forme commune, car elles apppartiennent à la forme foudroyante, dont les lésions sont toutes spéciales.

1re *période.* Tuméfaction.— Elle est caratérisée par le gonflement et la rougeur des plaques : l'inflammation atteint toute l'épaisseur de l'intestin jusqu'à la tunique séreuse. Le gonflement des plaques et des follicules isolés est constitué, non par un exsudat amorphe, mais par une augmentation excessive des cellules propres au tissu de ces glandes.

2e *Période.* Ulcération. — L'ulcération est isolée sur les follicules, disséminée sur les plaques ; au fond apparaissent de petites eschares jaunâtres qui se détachent, et l'ulcération se creuse; les petites ulcérations se réunissent, et la surface des plaques se trouve détruite dans une étendue plus ou moins grande ; les bords de l'ulcération sont formés par la muqueuse rouge-violacé, et toujours décollée; le fond, en partie recouvert d'un bourbillon jaunâtre, repose habituellement sur la tunique musculaire; mais quelquefois celle-ci est détruite, et la séreuse, fortement enflammée, sert de base à l'ulcération : ce qui fait comprendre immédiatement l'extension possible de l'inflammation au péritoine, la formation d'adhérences, et enfin les perforation.

Ces ulcérations constituent les *plaques molles* ou *réticulées* des auteurs.

3e *période.* — Réparation. — Les eschares achèvent de se détacher, la surface de l'ulcère bourgeonne, les bords s'affaissent et se recollent; la surface se recouvre d'une membrane cicatricielle, mince, polie, blanchâtre, d'apparence séreuse, quelquefois fortement pigmentée, donnant aux plaques l'apparence d'*une barbe fraîchement faite.* Les tuniques restent amincies dans les points correspondant aux ulcérations; c'est encore une question de savoir si le tissu glandulaire se régénère.

Ganglions mésentériques. — Leur altération accompagne les ulcérations intestinales et en suit l'évolution : d'abord rouges et légèrement tuméfiés, ils acquièrent un volume considérable pendant la deuxième période; ils sont alors violacés et

manifestement ramollis ; d'autres fois ils sont blanchâtres et lardacés. L'inflammation, dont ils sont le siége, se résout pendant la période de cicatrisation ; ils deviennent plus petits, racornis et prennent une couleur bleue ardoisée. La lésion des ganglions est une véritable hyperplasie; elle est due à la formation de grosses cellules lymphoïdes à noyaux multiples.

La *rate* suit la même évolution; elle est gonflée et ramollie pendant la période d'ulcération; elle est quelquefois le siége d'apoplexie et de ruptures.

Affection pulmonaire. — C'est la lésion de la broncho-pneumonie : inflammation de la muqueuse bronchique, engouement, hépatisation disséminée ou étendue, apoplexie pulmonaire.

Affection cérébrale. — Elle est caractérisée par une méningo-encéphalite diffuse, disposée en forme de couronne autour du cerveau. — Le ramollissement de la couche superficielle du cerveau, caractéristique de cette lésion, donne quelquefois lieu, par l'ablation des membranes, à des pertes de substances naïvement décrites sous le nom d'*ulcérations du cerveau*. Des observateurs récents ont *découvert* cette lésion que J. P. Tessier et moi avons décrite depuis plus de trente ans !

Autres lésions. — On observe encore des ulcérations sur la muqueuse laryngée et dans le gros intestin. Les reins et le foie sont congestionnés. Un certain nombre de muscles présentent la dégénérescence graisseuse ou cireuse. La dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur a été très-bien décrite dans ces derniers temps. Cette lésion explique la fréquence de la mort par syncope dans la fièvre typhoïde.

Telle est l'histoire de la forme commune de la fièvre typhoïde. Cette forme présente de nombreux degrés dans l'intensité de ses symptômes. — Elle est *peu grave*, *grave* ou *très-grave*.

2° *variété*. — Forme commune prolongée. — Elle est caractérisée par le retour de la *période d'état* après une période de déclin plus ou moins prononcée, et par une durée qui se pro-

longe habituellement jusqu'au 40e jour, quelquefois jusqu'au 60e jour.

Les symptômes et la marche de la maladie sont les mêmes que dans la forme précédente. Seulement, vers le 20e ou le 24e jour, après une rémission prononcée, et alors que tout faisait espérer une convalescence prochaine, la période d'état reparaît avec son éruption et tout l'ensemble de ses symptômes. Cette période se prolonge pendant des semaines. Cette reprise expose le malade à un grand danger, non-seulement par sa longueur, mais aussi parce qu'elle trouve l'organisme déjà très-notablement affaibli. Dans cette variété, les eschares prennent souvent un développement très-inquiétant ; elles amènent une destruction considérable des tissus, déterminant quelquefois la *nécrose* du sacrum et l'extension de l'inflammation au canal rachidien et à la moelle épinière.

Il faut distinguer avec soin de la *forme commune prolongée* les cas de forme commune dans lesquels le mouvement fébrile se continue longtemps, après le troisième septénaire, par le développement d'une entérite ou d'une broncho-pneumonie consécutive.

La convalescence est plus longue et plus difficile dans cette variété de la forme commune.

3e *variété.* — **Forme commune putride.** — Elle est caractérisée par une chaleur fébrile considérable, une prostration et une stupeur prématurée et plus intense que dans les autres formes, une tendance à la gangrène et aux hémorrhagies, une gravité extrême.

Cette variété très-distincte, mais peu fréquente, était très-connue des anciens qui lui ont donné son nom. C'est la *forme adynamique* des modernes.

Les **prodromes** sont longs, très-intenses, accompagnés d'épistaxis et de diarrhées, d'une grande diminution des forces et déjà d'un commencement de stupeur.

Dans la première période, la chaleur fébrile est déjà considérable; la face est vultueuse jusqu'à la lividité; la prostration et la stupeur si prononcées qu'il y a déjà des évacuations invo-

lontaires. A la *période d'état* la chaleur dépasse 41°; le pouls, très-fréquent, est devenu misérable; il est inégal; la face et les extrémités sont livides; la langue et les dents sont enduites de fuliginosités noirâtres et fétides; la stupeur et la prostration sont à leur comble; la tympanite est excessive; les évacuations abondantes, involontaires et putrides; les eschares très-développées; il survient des hémorrhagies multiples, et des pétéchies se mêlent aux taches lenticulaires; les sudamina deviennent purulents. Tous les symptômes augmentent, les évacuations se suppriment, la tympanite devient énorme, les malades se refroidissent et meurent dans le courant du deuxième septénaire ou au commencement du troisième.

Quelques-uns cependant guérissent. Les évacuations se rétablissent, le météorisme diminue, la langue s'humecte, la connaissance revient : mais surtout la *chaleur diminue*. La face pâlit, le pouls tombe et la convalescence commence. Elle est extrêmement longue, plus exposée que toutes les autres aux perforations et aux hémorrhagies; elle est encore entravée par l'élimination d'eschares extrêmement profondes, et quelquefois par la formation d'*abcès multiples*.

II. Forme bénigne. — Caractérisée par la bénignité des symptômes, par le peu d'intensité du mouvement fébrile, par une durée plus courte, elle se termine du 14e au 17e jour.

Elle a été assez généralement distinguée et a été décrite sous les noms de *forme latente*, *arthritique*, *forme abortive*, *forme déambulante* (parce que quelques malades peuvent se lever pendant sa durée), *forme muqueuse*. Cette dernière dénomination est très-vicieuse, parce qu'elle s'appliquait autrefois à un état fébrile que l'on considérait comme une maladie essentielle.

La forme bénigne de la fièvre typhoïde est souvent confondue avec une entérite ou avec une bronchite, suivant que l'affection intestinale ou l'affection pulmonaire est prédominante.

Dans le premier cas, la diarrhée est abondante, vert noirâ-

tre, fétide, avec gargouillement, légère douleur iléocæcale et tuméfaction du ventre.

Dans le second cas, les malades toussent beaucoup, ont un râle sibilant et tous les signes d'une bronchite. Quelquefois l'affection locale prédominante est une arthrite à siége multiple très-analogue à celle du rhumatisme articulaire aigu.

Le mouvement fébrile est peu intense, quelquefois complètement nul dans la matinée. Il y a des malades qui peuvent se lever et prendre des aliments légers.

L'éruption des taches lenticulaires se fait le 7° ou le 8° jour; elle est quelquefois très-abondante.

Malgré sa grande bénignité, cette forme expose les malades aux accidents terribles de la perforation, de la péritonite et de l'hémorrhagie intestinales. La convalescence est longue et s'accompagne de la chute des cheveux.

III. Forme maligne. — 1° **Variété foudroyante.** — Elle est très-nettement caractérisée: par un mouvement fébrile extrêmement violent; une durée qui dépasse rarement le 9e ou 10e jour; par sa malignité; et anatomiquement par des plaques dures extrêmement saillantes et presque pédiculées.

C'est la *fièvre maligne* des anciens, l'*ataxique* des modernes.

Les prodromes sont plus courts que dans les autres formes, et la maladie débute brusquement par un violent accès de fièvre précédé de frisson. Dès le premier jour, le pouls monte à 130-140, il est grand et fort, la chaleur est déjà excessive, et comme dans la scarlatine ou la variole, atteint 40 à 41 degrés; anxiété, jactitation, tendance aux lipothymies. La céphalalgie est atroce avec douleur dans les membres. Souvent il y a des vomissements répétés et absence de garde-robe. La soif est très-prononcée. Le matin du deuxième jour, il y a une rémission plus ou moins marquée, mais l'accès revient plus violent que la veille, avec délire, agitation, fureur, dyspnée, sans lésion pulmonaire. Le mouvement fébrile s'accroît chaque jour, la chaleur surtout est fort intense; la rémission est marquée par la somnolence, l'exacerbation par de l'agitation et du délire; le faciès s'altère rapidement. On observe souvent un refus de

boire, une sorte d'hydrophobie, du trismus, des tressaillements des tendons. Quelquefois la langue et les lèvres sont humides malgré la gravité de la maladie ; la chaleur est inégale et variable. Il y a diarrhée ou constipation ; les symptômes abdominaux et thoraciques sont habituellement peu marqués. J'ai vu la mort survenir dès le troisième jour ; Trousseau l'a observée le quatrième jour ; mais les malades atteignent ordinairement le septième jour ou le commencement du deuxième septénaire. Le pouls devient petit, irrégulier, faible, les malades se refroidissent, et ils périssent dans un syncope, d'autres fois dans les convulsions ou par la violence du mouvement fébrile.

Lésions. — Ce sont les *plaques dures* des auteurs, elles sont très-saillantes, énormes, dures, comme pédiculées, plus ou moins rouges et à peine ulcérées. Les ganglions mésentériques sont très gonflés, ils ont le volume d'une noisette, d'un œuf de pigeon, sont très-ramollis et quelquefois suppurés ; la rate est énorme, noirâtre, ramollie.

2° **Variété lente nerveuse.** — Sous ce nom les anciens on décrit plusieurs formes de fièvres typhoïdes et même des fièvres puerpérales. Néanmoins, on retrouve par la clinique une forme qui correspond assez bien à la description d'Huxham.

Cette forme est caractérisée principalement par l'apparente bénignité de la première période et par la malignité finale et inattendue de la dernière période.

Les prodromes sont longs, le début insensible, le mouvement fébrile peu marqué, mais présentant dès le début des signes d'ataxie. Ainsi la peau est fraîche et le pouls fréquent ou la peau brûlante et le pouls à 80 ; quelquefois constipation, plus souvent diarrhée séreuse ; langue humide avec soif vive ou langue sèche sans soif. Le délire est calme, sans incohérence, et ressemble à de l'aliénation, tantôt triste, tantôt gai. D'autres fois, c'est un bavardage continuel ; presque toujours, dans le cours du second septénaire, on observe des tremblements avec soubresauts des tendons et carphologie ; les urines sont ténues et claires.

Vers la fin du second septénaire ou au commencement du troisième, aggravation subite, altération de la face, contracture, convulsion, lipothymie, pouls très-fréquent, puis retombant au-dessous de la normale, refroidissement et mort. Cependant, quelques malades guérissent et parcourent alors une convalescence fort longue.

3° Variété pétéchiale. — Sous ce nom, les auteurs ont décrit des épidémies de typhus fever, des scarlatines malignes et jusqu'à des *purpura hæmorrhagica*. Existe-t-il une forme de la fièvre typhoïde différente de la fièvre putride déjà décrite, caractérisée par une tendance aux hémorrhagies et principalement par une éruption pétéchiale? C'est ce qu'une observation ultérieure pourra seule décider, aujourd'hui que l'on distingue le typhus de la fièvre typhoïde.

Etiologie. — *Endémique* dans certains pays, la fièvre typhoïde est seulement *épidémique* dans quelques autres; elle atteint rarement plus d'une fois le même individu, et elle est manifestement *contagieuse*, quoique *non inoculable*. Les étrangers arrivant d'un pays où la fièvre typhoïde n'est pas endémique sont plus exposés que les acclimatés à contracter cette maladie. Il faut généralement deux ans pour jouir du bénéfice de l'acclimatement.

La fièvre typhoïde sévit rarement avant l'âge de 2 ans ; elle est moins grave pendant la seconde enfance qu'aux autres âges; elle est surtout fréquente de 15 à 30 ans et devient très-rare après 50 ans.

Pour les *saisons*, il n'y a rien de bien fixe, les épidémies peuvent sévir aussi bien *l'été* que *l'hiver*.

Les excès, les fatigues, la mauvaise nourriture, l'encombrement surtout, sont les *causes occasionnelles* les plus fréquentes ; ce qui fait comprendre qu'à Paris, les étudiants, les militaires et les ouvriers venus de la province, sont les principales victimes de la fièvre typhoïde.

Traitement. — *Forme commune*. Dans la *première période*, deux médicaments sont principalement indiqués : *aconitum* et

ipeca. Aconitum presque toujours au début, quand le mouvement fébrile est intense, avec soif vive, et rougeur de la face ; *ipéca* est préférable si le mouvement fébrile est moindre, anorexie, état nauséeux, surtout vomissements et diarrhée prématurée.

Muriatis acidum (3) et *belladona* (3) alternés l'un la nuit, l'autre le jour, constituent d'après Teste le traitement habituel de la fièvre typhoïde. La clinique a bien souvent déjà confirmé la valeur de cette indication; et, toutes les fois que la fièvre typhoïde se présentera avec ses symptômes ordinaires du côté du cerveau et des intestins, ce traitement sera suffisant. Mais cependant il faut bien vous garder de tomber dans la routine et dans la pratique des traitements tout faits d'avance et qui s'adapteraient à tous les cas ; les *selles à tous chevaux* vous feront éprouver bien des mécomptes. Il faut donc que nous recherchions avec soin dans quel cas le *phosphori acidum* par exemple devra remplacer le *muriatis acidum*, et dans quels cas l'un et l'autre devront céder la place à *arsenicum*. Il est, je crois, inutile d'ajouter que dans les cas où les symptômes cérébraux n'existent point, la belladona doit être supprimée.

Muriatis acidum est indiqué par la diarrhée fréquente, verdâtre, quelquefois involontaire, par des gargouillements et un développement gazeux considérable ; par la stomatite avec gonflement des gencives et sécheresse extrême de la bouche ; par un état adynamique profond.

Phosphori acidum dont l'indication est méconnue dans la fièvre typhoïde, par Richard Hughes, est un médicament tout aussi important que muriatis acidum ; du reste les symptômes de l'empoisonnement aigu par le phosphore constituent un tableau qui a une grande analogie avec la fièvre typhoïde, et l'action de l'acide phosphorique est très-comparable à celle du phosphore. Les selles involontaires, mais plutôt pâles que vert foncé ; les urines également involontaires et la tympanite sont les principaux symptômes qui indiquent, avec l'adynamie profonde, l'emploi de phosphori acidum.

La pâleur des selles, la face pâle ou bien une joue rouge et l'autre pâle, la tendance aux hémorrhagies, épistaxis, saigne-

ment des gencives, hémorrhagies intestinales, pétéchies, doivent nous faire choisir phosphori acidum de préférence à muriatis acidum.

Arsenicum est le grand médicament de la fièvre typhoïde grave à sa période d'état. Le mouvement fébrile qui caractérise l'arsenic est une chaleur excessive avec un pouls petit, faible et très-fréquent ; dans les cas très-grave le pouls est irrégulier et finit par disparaître malgré les battements précipités du cœur ; la face est pâle, altérée, décomposée, quelquefois livide. Il existe une grande faiblesse avec tremblement des membres et tendance à la lipothymie ; l'amaigrissement se prononce rapidement ; l'angoisse, l'anxiété bientôt remplacée par la typhomanie ; c'est-à-dire par le mélange de somnolence et de délire pendant lesquels le malade inconscient murmure des paroles inintelligibles ; la bouche est sèche, les lèvres fuligineuses, la langue desséchée se remue avec peine, il y a des grincements de dents et, dans les cas graves, une sorte de dysphagie paralytique, soif inextinguible remplacée bientôt par une adipsie complète, malgré la sécheresse de la bouche ; la diarrhée vert brun, très-fétide, abondante et souvent involontaire, il existe une paralysie de la vessie. L'arsenic se prescrit de la 6e à la 3e dilution, une cuillerée toutes les trois heures.

Le *baptisia tinctoria* est un médicament aujourd'hui très en vogue parmi les médecins homœopathes, cependant je ne le recommande pas. C'est d'abord que *je me défie des nouvelles connaissances*, c'est ensuite que les éloges qu'on a écrits de ces médicaments me paraissent exagérés et reposer sur une fâcheuse confusion entre la fièvre synoque (gastrique) et la fièvre typhoïde.

La pathogénésie du *baptisia* contient cependant des symptômes qui doivent vous engager à l'essayer dans la première période de la fièvre typhoïde : « Sentiment de faiblesse, tremblements, pouls fréquent, plein et mou, chaleur interne et externe avec soif, céphalalgie avec tendance au délire, langue d'un brun jaunâtre au centre et rouge sur les bords, constipation avec la diarrhée. » (Richard Hughes, p. 137).

Mercurius est indiqué par la prédominance de l'affection ab-

dominale : diarrhée très-abondante, très-fréquente, très-fétide; tympanite ; ventre plus douloureux qu'à l'ordinaire ; stomatite très-marquée ; langue d'abord large, humide, blanche ; gencives couvertes d'un enduit pultacé, saignantes, avec peu de soif; plus tard la langue se sèche, se rapetisse et devient dure comme du bois ; la soif est alors inextinguible ; la face est pâle ou vultueuse, il y a de la somnolence et de la typhomanie ; l'affection thoracique est peu développée ; tendance aux hémorrhagies, surtout aux épistaxis.

Rhus toxicodendron, indiqué par la plupart des auteurs quand il y a grande prostration, nous a rendu rarement service.

Carbo vegetabilis. Quand l'état s'aggrave de plus en plus malgré l'emploi des médicaments précédents. Lorsque les malades arrivent à cet état voisin de l'agonie, qui se prolonge si souvent dans les fièvres typhoïdes graves, *carbo vegetabilis* offre encore quelques ressources. La prostration est profonde, il y a somnolence avec râle ; le pouls est fréquent, petit, faible, inégal, fuyant, supprimé ; facies profondément altéré, hippocratique ; refroidissement ; sueurs froides et visqueuses.

Dans la période de déclin, *china* est le médicament principal; il est indiqué par la faiblesse, la pâleur, l'anorexie persistante avec goût amer et langue sèche ; il est surtout indiqué après les hémorrhagies abondantes. Le *sulfate de quinine* convient parfaitement contre les accès rémittents ou même intermittents qu'on observe fréquemment dans certaines épidémies, et qui prolongent outre mesure la durée de la 3e période. Toutes les fois qu'il y a une différence d'un degré au moins entre la température du soir et celle du matin, nous donnons *chininum sulfuricum*, 3e trituration. Quatre doses par jour de cinq centigrammes, et nous abrégeons beaucoup la durée de la maladie. Mais dans les *accès pernicieux* que l'on observe quelquefois pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, le sulfate de quinine doit être administré à la dose d'un gramme, en trois fois, à une heure d'intervalle, immédiatement après l'accès. Tels sont les médicaments principaux dans le traitement de la forme commune de la fièvre typhoïde avec prédominance de l'affection abdominale.

Quand l'*affection pulmonaire* prédomine, c'est le traitement de la bronchite et de la pneumonie qui doit être institué : *ipeca* et *bryonia* alternés ; *tartarus*, *arsenicum*, *carbo vegetabilis; bryonia* et *phosphorus* alternés, etc.

Quand l'*affection cérébrale* est prédominante, *belladona*, déjà indiquée précédemment, est le médicament principal. *Hyosciamus*, *stramonium*, *opium*, viennent ensuite, suivant les indications qui seront spécialisées à l'article *Méningite*.

Traitement des principaux accidents. — Epistaxis. — *Ipéca* dans la première période, puis *solubilis*, surtout contre l'épistaxis nocturne, précédée de congestions violentes vers la tête. *Phosphorus*, hémorrhagies à siéges multiples. *Moschus*, hémorrhagies très-violentes. Mais *ipeca* est de beaucoup le médicament le plus sûr, et doit être donné à la 1re trituration au 10e. C'est, je le répète, un médicament très-sûr contre l'épitaxis de la fièvre typhoïde. Il faut se rappeler qu'une perte de sang considérable est une chose fâcheuse dans la fièvre typhoïde, et on ne doit point hésiter à recourir promptement au *tamponnement* des fosses nasales.

Hémorrhagies intestinales. — Les principaux médicaments sont : *carbo vegetabilis, phosphorus*, *phosphori acidum* et *ipca*. — *Phosphori acidum* est celui qui a donné le plus de succès et que je recommande spécialement contre les cas graves, et cependant on ne rencontre aucun symptôme de *melœna* dans sa pathogénésie. *Phosphorus*, au contraire, présente les symptômes de selles noires, d'évacuation du sang par les selles, et cependant nous persistons à prescrire l'*acide phosphorique* de préférence au *phosphorus*, dans l'hémorrhagie intestinale; preuve nouvelle de l'importance de l'expérience clinique dans le traitement des maladies.

La grande faiblesse avec apathie et grande stupeur, sont des signes qui doivent confirmer le choix du *phosphori acidum;* j'emploie la 3e solution.

Ipéca qui nous a si souvent rendu service dans les épistaxis fébriles, est très-indiqué dans les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde. La symptomatologie de l'*ipeca* fait mention de

selles sanguinolentes, et, ce qui est plus caractéristique, de *matières noires et poisseuses comme de la poix*; c'est donc un médicament formellement indiqué dans le *Melæna*.

Les symptômes généraux de l'*ipéca* engageront à prescrire ce médicament dans un état fébrile, moins grave que celui auquel convient le *phosphori acidum*. La dose est de 20 centigrammes de la 1re trituration décimale dans 200 grammes d'eau; une cuillerée toutes les deux heures.

Le *carbo vegetabilis* serait administré en cas d'insuccès des autres médicaments à la période de *collapsus*.

Le *perchlorure de fer*, à la dose de dix gouttes dans 200 grammes d'eau devrait être employé quand l'hémorrhagie résiste aux autres moyens.

L'application de la glace est un moyen qui est de quelque secours quand les autres moyens ont échoué.

Les **eschares** demandent une attention particulière chez les malades atteints de fièvre typhoïde. Il faut changer fréquemment la position des malades, les tenir extrêmement propres, lotionner plusieurs fois par jour les parties qui commence à rougir avec de l'eau et de l'arnica, puis la saupoudrer avec de la fécule, étendre sous eux une étoffe de soie bien tendue, recouvrir les plaies d'un amplâtre de diachylon. Un lit frais, composé de paille ou de balles d'avoine, est une condition favorable pour éviter les eschares.

La **perforation intestinale** n'offre des chances de guérison que si on peut faire naître des adhérences qui circonscrivent l'épanchement. Pour cela, il faut immobiliser les malades et l'intestin, afin de limiter la péritonite. L'*opium* à dose rapidement narcotique et le *collodion élastique*, étendu sur le ventre, sont les deux moyens qui répondent à ces indications. On donne d'une seule fois 19 centigrammes d'opium, puis 5 centigrammes toutes les heures, jusqu'à ce que le *narcotisme* soit produit.

La **péritonite** sans perforation, demande le traitement de cette inflammation : *arsenicum* et *carbo vegetabilis*, *thuya*, etc. sont les principaux médicaments; le *collodion* rendra aussi des services.

La **tympanite** est quelquefois un symptôme tellement pré-

dominant qu'elle réclame un traitement spécial. L'usage de la pompe œsophagienne suffit quelquelois à soustraire les gaz de l'estomac et à diminuer notablement la tympanite. Si ce moyen était insuffisant, et si le malade était menacé d'asphyxie ou de syncope, on pourrait faire la ponction intestinale comme dans la tympanite.

La rétention d'urines nécessite le cathétérisme bi-quotidien pour éviter l'accumulation des urines dans la vessie et leur évacuation par regorgement. La rétention augmente le malaise et la fièvre ; l'écoulement par regorgement détermine des eschares.

L'entérite de la convalescence demande qu'on revienne à *muriatis acidum*, *phosphori acidum* ou *arsenicum*.

Les vomissements incoercibles de la convalescence avec ralentissement du pouls, refroidissement, vomissement bleu, faiblesse excessive, demandent l'usage de la viande et du vin, et les médicaments des vomissements de la grossesse; mais principalement *nux vomica* et *graphite*, avant et après le repas, comme dans la *dyspepsie* ; si ces deux médicaments ne suffisent pas, *veratrum* serait indiqué.

Traitement de la forme bénigne. — Dans la forme bénigne le traitement varie suivant la prédominance de l'affection abdominale ou de l'affection thoracique ; dans le premier cas, *muriatis acidum* ou *phosphori acidum* constitue tout le traitement ; dans le second cas c'est *bryonia* qui est le médicament principal. L'*arthrite* demande *rhus toxicodendron* et principalement *chininum sulfuricum*.

Traitement de la forme ataxique ou foudroyante. — Ce traitement n'existe pas encore. *Aconitum* est surtout indiqué au début. Ce serait le cas d'essayer *baptisia tinctoria*. Plus tard, c'est *arsenicum* qui convient davantage. Les *affusions froides* ne doivent pas être négligées dans le traitement d'une maladie aussi grave. D'autres fois, l'enroulement dans le drap mouillé convient mieux. C'est toujours la chaleur excessive qui sert d'indication et de mesure à ce moyen. Nous croyons que c'est ici un des cas où il est nécessaire d'appliquer le traitement hydrothérapique de

Brand. Ce traitement consiste à placer le malade dans un bain froid, à 20 degrés centigrades, toutes les fois que la température dépasse 39 degrés. On laisse la malade dans le bain pendant quinze minutes ; puis on la replace dans son lit, recouvert seulement de son drap. Aussitôt que la température, qui avait été notablement abaissée, est revenue à son point, on replace la malade dans son bain. L'expérience a appris, qu'en général, il fallait huit bains en vingt-quatre heures : un toutes les trois heures. On donne du vin et du bouillon au malade, aussitôt après son bain.

Les bons effets produits par ce traitement sont l'abaissement de la température, la cessation du délire, le retour de l'appétit, et la possibilité de nourrir les malades ; la guérison de cas évidemment désespérés. Les inconvénients sont nombreux, et il faut les connaître. D'abord c'est un traitement douloureux ; le malade, étant généralement pris de frissons dans son bain, ce frisson dure près d'une heure. Ensuite il a déterminé des bronchites graves, des syncopes et surtout des hémorrhagies intestinales. Enfin, de l'aveu même de ses partisans, il n'abrége pas la durée de la maladie ; ajoutons qu'il est d'une application difficile et qu'il est loin de guérir toujours, comme on l'avait affirmé avec tant d'aplomb. Nous serions d'avis de réserver ce moyen pour le traitement des cas excessivement graves, et encore d'élever la température de l'eau ; des bains à 24, 26 et même 30 degrés, jouissent d'une grande puissance pour diminuer la température de la fièvre.

Traitement de la forme lente-nerveuse. — Ce traitement est peu avancé encore. Dans la première période, alors que la fièvre est peu intense et que le délire ressemble à de l'*aliénation*, *valeriana* (6) est la médicament principal. Dans la seconde période, *arsenicum* (3) et *capsicum annuum* si la fièvre prédomine. *Phosphorus*, qui, dans l'empoisonnement par les hautes doses, présente une période d'une bénignité apparente suivie d'accidents très-graves et sans proportion avec ceux de la première période, est indiqué par la marche des symptômes dans la forme *lente-nerveuse*.

Traitement de la forme putride. — *Rhus toxicodendron*, *phosphorus*, *arsenicum* et *stramonium* sont les médicaments principaux. *Rhus toxicodendron* est indiqué par la fréquence, la faiblesse et la petitesse du pouls; la chaleur âcre; les évacuations involontaires et putrides; l'enduit brun noir des dents, de la langue et des lèvres; la prostration excessive et les hémorrhagies; phosphorus est indiqué par des symptômes analogues, mais avec prédominance des hémorrhagies; une teinte ictérique de la peau et le gonflement du foie confirment le choix de ce médicament. Les indications d'*arsenicum* ont déjà été précisées précédemment. *Stramonium* est indiqué par le ballonnement excessif du ventre, avec suppression complète des évacuations; tremblement des membres et de la langue.

Les *affusions froides*, suivies ou non de frictions avec l'*huile de croton tiglium* pour amener une réaction quelquefois très-difficile à obtenir sans cela, ont procuré quelques guérisons dans des cas qui paraissaient tout à fait désespérés (Récamier). Le traitement de Brand devrait être appliqué dans cette forme.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, les doses qui m'ont le mieux réussi sont les 3es dilutions en gouttes, ou les 3es triturations, une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Je recommande très-particulièrement de ne pas changer de médicament trop souvent; *belladona* et *muriatis acidum* ou *arsenicum* doivent être prescrits pendant toute la durée de la maladie, s'il ne se présentent pas d'indications urgentes.

Soins hygiéniques. — L'aération de la chambre des malades, des bains tièdes, de 28 à 33 centigrades, tous les jours, des soins excessifs de propreté, des boissons abondantes, constituent des moyens hygiéniques extrêmement importants.

Dans la première période et dans la période d'état, il faut tenir les malades à une diète absolue : l'alimentation se fait alors seulement par les boissons féculentes : eau de gruau, eau de riz épaisses; eau dans laquelle on a fait bouillir du pain et qu'on a passée ensuite. Le lait et le bouillon ne doivent être accordés que si les malades accusent le besoin de nourriture, et surtout si la chaleur fébrile n'est pas trop intense.

Le système anglais de l'alimentation, suivi dans le traitement de la fièvre typhoïde, repose sur une fausse application de la théorie de la mort par inanition ; le *refroidissement progressif* qui constitue le symptôme capital dans la mort par inanition faisant précisément défaut dans la fièvre typhoïde.

Dès la 3e, et même la 2e semaine, si *l'adynamie* est excessive, ou si le pouls et les contractions du cœur sont notablement affaiblies, il ne faut pas hésiter à donner un peu de vin au malade : on prescrit de 200 à 500 grammes de vin de Bordeaux coupé d'eau par moitié, à prendre dans la journée.

Dans un état plus grave, si *l'adynamie* se prononce de plus en plus malgré le vin et le bouillon, il faut accorder en plus, au malade, de 50 à 80 grammes d'eau-de-vie par jour, dans une potion à prendre toutes les deux heures; on doit toujours pour l'administration du vin et de l'alcool se laisser guider par *l'état des forces*.

CHAPITRE IV.

TYPHUS A RECHUTE

C'est une fièvre essentielle, contituée par des accès fébriles, d'une durée de 4 à 7 jours, séparée par une rémission complète de plusieurs jours ; deux ou trois accès complètent le cycle morbide. Il n'y a ni éruption ni lésions constante; cette maladie est contagieuse; elle existe dans les mêmes conditions que le *typhus fever*, et l'accompagne souvent ; elle s'en distingue par la marche du mouvement fébrile et par l'absence d'éruption. L'absence de lésion intestinale, ne permet pas de confondre le typhus à rechute avec la fièvre typhoïde, et l'inefficacité bien constatée du sulfate de quinine ne permet point d'en faire une fièvre intermittente.

Cette maladie étant encore inconnue en France, nous empruntons les éléments de notre description, à la lecture faite à l'Académie de médecine, par M. Lebert de Breslau (Bull. de l'Acad., t. XXXIII nos 18 et 19).

Le début est habituellement marqué par un frisson plus ou moins prolongé. Cependant ce frisson peut manquer, et la fièvre commence par la chaleur. La courbature avec douleur excessive dans les muscles du tronc et des membres; l'apathie; l'insomnie; l'anorexie, quelquefois avec vomissements; la diarrhée; la langue chargée; la soif constituent les principaux symptômes. Très-rarement on observe un peu de délire. Le mouvement fébrile est caractéristique; la chaleur, très-intense, augmente rapidement et atteint dès le 2e ou 3e jour sans oscillation, le chiffre de 40 et 41 et même 42 degrés. Elle se maintient avec des différences insignifiantes, pour descendre brusquement au-dessous de le normale au moment de la remission, le pouls est très-fréquent et d'autant plus faible que la maladie se prolonge; on n'observe ni taches rosées lentieulaires, ni pétéchies; quelquefois des sudamina ou de la miliaire. La rate est constamment augmentée de volume.

Comme *symptômes accessoires*, il faut noter un certain degré de catarrhe bronchique, quelquefois de l'ictère et de l'albuminurie.

Le premier accès, après avoir duré de quatre à sept jours, se termine rapidement quelquefois, par une sueur, un herpès, une épistaxis ou un autre phénomène critique; exceptionnellement, la durée du premier accès peut se prolonger jusqu'au 10e jour.

Le pouls tombe ainsi que la chaleur, la tête se dégage, la langue se nettoie, l'appétit et les forces reviennent, et les malades se croient guéris.

Dans un quart des cas, la maladie est restée constituée par un seul accès, et les malades, déjà très-amaigris, sont lentement entrés en convalescence.

Le second accès arrive après une rémission de cinq à sept jours; une fois seulement, après treize jours. Cet accès débute tantôt par un frisson, tantôt sans frisson; il représente exactement les mêmes symptômes que le premier, *mais généralement moins intense et moins long*.

Enfin, chez un petit nombre de malades, après une seconde rémission, on observe une troisième rechute encore plus faible et plus courte.

La convalescence est toujours longue et l'amaigrissement considérable.

Dans l'épidémie de Breslau, la mortalité a été très-faible, et les malades ont succombé à des complications de pneumonie ou de néphrite albumineuse aiguë. Dans d'autres épidémies on a observé des complications graves du côté du foie ; des parotides suppurées.

Anatomie pathologique.— En dehors des lésions propres aux complications, on n'observe guère que la congestion de la rate, le sang ne présente aucune lésion.

Etiologie. — Le typhus à rechute est contagieux, l'encombrement et les mauvaises conditions hygiéniques favorisent son développement; c'est, comme le typhus fever, une maladie de race et de localité. On l'observe fréquemment à Saint-Pétersbourg, à Moscou, à Archangel à Odessa ; on l'a retrouvé en Crimée ; une épidémie s'est manifestée au Caire, une autre à Breslau.

Le typhus à rechute s'observe dans les deux sexes et dans tous les âges, et devient moins fréquent après 45 ans.

Traitement. — *Aconitum* et *Baptisia tinctoria* sont les deux médicaments indiqués, le premier seulement pendant 24 heures, et le second pendant toute la durée du mouvement fébrile ; les basses dilutions seront ici préférables.

Les complications demandent le traitement de la pneumonie, de la néphrite, etc.

LIVRE III.

FIÈVRE INTERMITTENTE.

La fièvre intermittente est une maladie caractérisée par un mouvement fébrile revenant sous un type régulier et constituant des *accès*. Elle est propre à certains pays, et elle a pour lésion la congestion de la rate.

L'accès se compose de trois périodes ou stades : frisson, chaleur et sueur. Il offre donc l'image d'une maladie complète. Le frisson correspond à la période du début et d'augment, la chaleur à la période d'état, et la sueur à la période de déclin ou de crises.

Un type est l'ordre suivant lequel se reproduisent les phénomènes. Les accès de fièvre intermittente se présentent sous quatre types principaux, lesquels offrent eux-mêmes plusieurs variétés.

Type quotidien. — Un accès chaque jour. L'accès peut se répéter deux fois le même jour. C'est alors une *quotidienne doublée*.

Type tierce. — Un accès tous les deux jours, séparé par un jour d'apyrexie. S'il y a deux accès chaque deux jours, c'est la *tierce doublée*. Dans la *double tierce*, il y a un accès tous les jours. Mais ils sont disposés de telle façon que tous les jours pairs il y a des accès semblables, et tous les jours impairs d'autres accès différents des premiers, mais semblables entre eux. En sorte que, par exemple, l'accès du mercredi ressemble à celui du lundi, et l'accès du jeudi ressemble à celui du mardi. C'est comme si deux fièvres tierces marchaient simultanément chez le même sujet.

Type quarte. — Un accès tous les quatre jours, séparé par deux jours d'apyrexie. Quand il y a deux accès tous les quatre jours, c'est la *quarte doublée*. Mais il y a aussi une *double-quarte*. L'évolution de ce type est complète dans cinq jours ; il y a deux jours de fièvre. Exemple : accès le lundi et le mardi, apyrexie

le mercredi, accès le jeudi et le vendredi ; mais l'accès du lundi et du jeudi se ressemblent, et celui du mardi et du vendredi se ressemblent. C'est, comme la double tierce, le développement simultané de deux fièvres.

On cite quelques cas très-rares de fièvres *quintanes*, *sextanes*, *septimanes*, *octanes*, *nonanes*.

Enfin les types sont **devançants** ou **retardants**. Dans le premier cas, l'heure du début avance à chaque accès ; dans l'autre, elle retarde.

Type rémittent. – Mouvement fébrile continu, offrant périodiquement des accès complets avec frisson, chaleur et sueurs. Pas d'apyrexie dans ce type.

Tous ces types peuvent se transformer les uns dans les autres. Ainsi le plus ordinairement, dans les pays de fièvres, le type est d'abord rémittent, puis il devient quotidien, tierce et enfin quarte. C'est donc une erreur de vouloir classer les fièvres intermittentes par leurs types, puisque ce caractère n'a rien de fixe, ni d'immuable.

La fièvre intermittente présente à étudier six formes distinctes : *forme bénigne*, *commune*, *maligne* ou *pernicieuse*, *anomale*, *larvée* et *cachectique d'emblée*.

I. Forme bénigne ou vernale. — Elle revient sous les types tierce ou quotidien ; elle sévit surtout au printemps ; enfin, elle guérit spontanément. Cette guérison spontanée a lieu le plus souvent après le quatrième, le septième ou le neuvième accès. C'est la fièvre tierce des auteurs, la fièvre vernale de Sydenham.

Les **prodromes** ne sont pas constants ; le plus souvent ils consistent en des bâillements avec pandiculation ; quelquefois des accès de toux sèche ou une douleur névralgique ; d'autres fois c'est une sorte d'excitation ou un sentiment de force et de bien-être extraordinaires.

Le plus souvent les **frissons** partent des lombes, quelquefois des extrémités ; ils vont jusqu'au tremblement avec claquement des dents ; ils s'accompagnent de pâleur de la face et

des extrémités. La pâleur va quelquefois jusqu'à la lividité des pieds et des mains, marquée surtout aux ongles; Il y a *chair de poule*, sentiment de froid et froid réel du tégument extérieur; cependant le thermomètre accuse une élévation de température dans les parties profondes. Le pouls est petit, dur, concentré; il y a céphalalgie frontale et douleur dans les membres; souvent vomissements bilieux; quelquefois soif vive, plus souvent adipsie; les urines sont pâles, aqueuses et abondantes. La durée moyenne de ce stade est d'une à deux heures; l peut consister en un simple frissonnement de quinze à vingt minutes; il peut au contraire se prolonger cinq à six heures.

Le stade de chaleur s'annonce par des bouffées de chaleur qui viennent se mélanger aux frissons; puis le froid disparaît complètement; la chaleur devient vive, âcre, sèche, très-désagréable; elle s'accompagne d'un mal de tête très-violent avec tendance à la somnolence ou au délire. En même temps, le pouls est grand, dur et fréquent; la soif est vive; les urines sont rouges et peu abondantes. La durée de ce stade est de deux à quatre heures.

Le stade de sueur commence; le malade se trouve mieux. La chaleur devient moins vive; la céphalalgie et la soif diminuent; le pouls est plus large, moins dur et moins fréquent; la sueur se produit sous forme d'une douce moiteur, puis elle devient abondante, profuse. Elle apparaît d'abord à la face, et successivement au tronc et aux membres; elle dure de deux à quatre heures, s'accompagne souvent d'un sommeil réparateur et de la disparition complète de tous les symptômes fébriles. Les urines sont foncées et laissent déposer par le refroidissement un sédiment très-abondant analogue à de la tuile pilée. Le tracé thermométrique est fort remarquable, il s'élève pendant le frisson, on obtient 40, 41 et même 42°, il commence à descendre pendant la chaleur; et, après l'accès, le thermomètre marque 37, 36, 5 et même 36°.

Dans le commencement, les malades éprouvent de la courbature et de l'inappétence le jour de l'*apyrexie*; mais plus tard la santé semble parfaite entre les accès.

Le plus souvent, dans la forme bénigne, les accès reviennent sous la forme tierce. Cependant, au début, on observe quelquefois le type quotidien ou le double-tierce; et ce n'est que plus tard, après le quatrième accès ordinairement, que les accès reviennent définitivement au type tierce. Comme nous l'avons dit, cette fièvre a une tendance naturelle à la guérison, habituellement après le septième et le neuvième accès. Elle dure rarement plus de six semaines.

La rate se gonfle de plus en plus à chaque accès, mais elle ne devient jamais énorme.

II. Forme commune (ou quarte, ou automnale). — Elle est caractérisée par la succession des types; par une durée qui peut atteindre plusieurs années, par l'existence d'une période cachectique.

Elle présente à étudier trois périodes : le début, la période d'état et la période cachectique.

Habituellement pseudo-continue, rémittente, elle simule la fièvre typhoïde pendant son premier septénaire; puis sa rémittence se marque de plus en plus, la fièvre devient quotidienne, tierce, puis enfin quarte, qui est le type naturel de cette fièvre.

Cette *période de début* peut durer plus ou moins d'un septénaire; elle peut manquer complètement : alors la maladie débute d'emblée par la *période d'état*.

A cette période, la fièvre, si elle n'a pas été troublée dans sa marche naturelle, revient presque toujours sous le type quarte. C'est la *fièvre quarte* des auteurs. L'accès est habituellement plus court que dans la forme bénigne, et cependant le frisson est plus long.

L'intermission est plus complète que dans les autres formes; les malades conservent leurs forces et leur appétit, et ils peuvent se livrer à leurs occupations accoutumées. Cependant la rate se gonfle de plus en plus, ainsi que le foie; la maladie se continue pendant un ou deux ans, présentant quelquefois une rémission naturelle d'une durée de quelques mois pendant l'hiver ou au commencement de l'été.

Si les malades ne sont pas guéris par un traitement approprié ou par un changement de pays, ils tombent plus ou moins vite dans la période de *cachexie*. L'anémie et la perte des forces sont les deux premiers symptômes qui annoncent l'invasion de cette période. Le malade devient pâle, amaigri ; son appétit est très-variable ; un certain degré de bouffissure, puis une véritable hydropisie, avec ou sans albuminurie, ne tardent point à se manifester. Pendant cette période, les accès sont habituellement faibles, à types très-irréguliers. Ajoutons qu'ils peuvent subitement revêtir la *forme pernicieuse*. Le foie et surtout la rate, énormément développés, forment des tumeurs très-appréciables dans l'abdomen et constituent ce qu'on a appelé le *gâteau fébrile*. Il peut survenir de l'*ictère*, de la *mélanémie*, ou au contraire de la *leucocythémie* ; mais ces symptômes ne sont pas constants. La diarrhée est fréquente dans un état avancé de cachexie; elle est habituellement séreuse ou séro-sanguinolente, sans coliques ni ténesme. La vie peut se prolonger très-longtemps au milieu de ces désordres, et les malades peuvent guérir encore par un traitement approprié; mais la mort arrive fréquemment soit par la diarrhée, soit par l'aggravation de l'hydropisie, soit par le développement de la maladie de Bright, soit enfin par un accès pernicieux ; mais cette terminaison est la plus rare de toutes.

III. Forme cachectique d'emblée. — Elle n'existe que dans les pays où la fièvre intermittente est endémique. Elle est caractérisée par le développement de la cachexie palustre sans que le malade ait été soumis à des accès réguliers. Cette forme peut être congénitale. Les accès, soit sous le type quarte, soit sous un type irrégulier, se développent plus tard, durent un certain temps et disparaissent pour reparaître encore. L'état général n'est pas aussi grave dans cette forme que dans la période cachectique. Les hydropisies et les diarrhées épuisantes n'apparaissent que tardivement, et dans les cas rares où la maladie se termine par la mort. Habituellement cette forme, plus ou moins modifiée par le traitement, est compatible avec une certaine conservation des forces et de l'appétit, et dure

souvent autant que la vie du malade. Elle constitue comme une espèce de *tempérament paludéen* propre aux contrées marécageuses.

IV. Forme pernicieuse.—Elle correspond aux formes malignes des autres fièvres. Elle est caractérisée par un type devançant, par son excessive gravité et par les signes de malignité. Tantôt elle débute d'emblée chez des individus n'ayant jamais eu d'autres formes de fièvres intermittentes ; tantôt, au contraire, elle sévit sur des personnes ayant déjà subi soit la forme commune, soit la forme bénigne, soit l'une et l'autre forme ; caractère qui différencie essentiellement la fièvre intermittente des fièvres éruptives et même de la fièvre typhoïde. Il faut savoir aussi que la forme pernicieuse peut intervenir à une période quelconque de la cachexie dans la forme commune. Cette forme présente un grand nombre de variétés divisées en deux catégories principales :

I. *Fièvres pernicieuses avec exagération des phénomènes fébriles :*
1° Fièvre algide.
2° Fièvre sudorale.

II. *Fièvre pernicieuse compliquée, accompagnée d'une autre affection* febris comitata.
1° Comateuse.
2° Phrénétique.
3° Convulsive.
a. Tétanique.
b. Eclamptique.
4° Syncopale.
5° Cardialgique.
6° Péripneumonique.
7° Pleurétique.
8° Hématémésique.
9° Cholériforme.
10° Dysentériforme.
11° Ictérique ou grande endémique des pays chauds.

Si on consulte les nombreuses observations cliniques de fièvre pernicieuse, on voit que le type le plus fréquent est le rémittent ou pseudo-continu, et que les types tierce ou quotidien ne viennent qu'en seconde ligne ; le type quarte est le plus rare de tous. Ce type, avons-nous dit, est toujours devançant ; de tierce il devient quotidien, de quotidien *subintrant*, c'est-à-dire qu'un accès étant à peine terminé, l'autre commence. Le caractère pernicieux de la maladie se montre quelquefois dès le

début, et il y a des cas mortels au premier accès; mais d'autres fois les premiers accès ont une apparence de bénignité, et il est difficile de prévoir le danger dans lequel se trouve le malade. Quand le type est pseudo-continu, il est difficile de diagnostiquer, non-seulement la *forme*, mais la maladie elle-même; dans ce cas, on reconnaîtra la fièvre intermittente aux caractères suivants : le mouvement fébrile présente une rémission; le commencement de l'accès est marqué par du refroidissement, très-souvent par des vomissements bilieux, sa fin est accompagnée de sueurs et d'urines critiques, avec un dépôt briqueté abondant.

1re *catégorie.* — Pernicieuse algide. — Le plus souvent l'algidité s'établit pendant le second stade, après une réaction plus ou moins forte; d'autres fois, elle s'établit d'emblée, sans frisson, après un ou plusieurs accès ordinaires. Trousseau dit qu'elle s'établit immédiatement après un grand frisson, mais je ne connais aucune observation où l'algidité ait suivi cette marche. Une fois établie, l'algidité ne cesse plus; elle peut se prolonger trois jours sans présenter aucun signe de réaction; elle se termine presque fatalement par la mort. Le froid commence par les extrémités, le nez, la langue; il envahit tout le corps et, comme dans le choléra, il descend au-dessous du froid cadavérique, puisque les corps se réchauffent après la mort; c'est un froid réel, absolu, constaté au thermomètre. Le pouls est faible, petit, *rare*, puis complètement éteint; le facies est cadavérique; il y a aphonie complète, la connaissance est entièrement conservée et les malades éprouvent une sorte de bien-être qui se reflète sur leur physionomie; ce bien-être, l'air placide et heureux de ces malades les trompent et trompent le médecin peu expérimenté.

Cette variété est excessivement grave; elle guérit très-rarement même avec le traitement le plus approprié. Quand la guérison a lieu, la réaction est quelquefois excessive. On a dit à tort que la *fièvre algide* était propre aux pays chauds, je l'ai observée en Poitou, à Nantes et même à Paris.

Pernicieuse sudorale. — Le dernier stade s'exagère; la

sueur constitue une véritable inondation; puis elle se refroidit, en même temps que le pouls qui devait être grand pendant la sueur, est de plus en plus petit et très-fréquent. Il faiblit rapidement; la respiration devient haute, le facies hippocratique, et les malades succombent très-vite, soit après un petit nombre d'accès, soit après le premier.

2e *catégorie*. — Pernicieuse comateuse. — Dans cette variété appelée encore apoplectique, le coma apparaît habituellement pendant le deuxième stade; quelquefois dès le premier. Habituellement il y a seulement somnolence dans les premiers accès, puis coma dans les suivants, et enfin *carus* profond. Le pouls est fort et plein, la chaleur excessive; dans l'intervalle des accès il y a tendance au sommeil. Cette variété s'unit quelquefois à la pernicieuse convulsive.

Pernicieuse délirante ou phrénétique. — Le délire apparaît pendant le deuxième stade et il va en augmentant à chaque accès. La céphalalgie, les vomissements et la constipation sont très-marqués dans cette variété; le pouls est grand et dur; plus tard apparaissent les soupirs, les hoquets, les soubresauts des tendons, les évacuations involontaires, avec un pouls petit et fréquent, et la mort survient comme dans la méningite.

Pernicieuse convulsive. — Tantôt *tétanique*, tantôt *éclamptique*, les convulsions surviennent pendant le frisson ou pendant la période d'état. Souvent cette variété apparaît avec l'une des deux précédentes.

Pernicieuse syncopale. — Cette variété est très-grave; elle est caractérisée par un état lipothymique allant quelquefois jusqu'à la syncope. Cet accident peut se montrer à tous les stades. Le pouls est petit, faible, défaillant; le malade ne peut faire aucun mouvement sans se trouver mal; quelques-uns accusent un sentiment de froid partant du cœur et s'étendant le long des vaisseaux; d'autres ont une douleur à la pointe du cœur.

Pernicieuse cardialgique. — Caractérisée par une douleur atroce au cardia avec ou sans vomissement, si on ne parvient pas à l'arrêter, elle se complique bientôt de lipothymie et de syncope.

Pernicieuse pleurétique, péripneumonique et bronchique. Fièvre pernicieuse avec une inflammation concomitante de la plèvre, du poumon et des bronches. L'existence du souffle, des râles divers et des matités, permettent de constater que ces inflammations sont intermittentes comme le mouvement fébrile lui-même. Les accès reviennent habituellement sous le type quotidien et deviennent bientôt subintrants. Ces variétés, très-fréquentes à Paris, sont les moins dangereuses de toutes.

Pernicieuse hématémésique. — Caractérisée par des vomissements de sang, elle se confond souvent avec le cardialgique.

Pernicieuse cholérique. — Cette variété s'accompagne de vomissements et de diarrhée dès le premier accès ; les symotômes cholériformes apparaissent plus tôt ou plus tard. Les évacuations deviennent extrêmement abondantes avec sueurs froides, refroidissement général ; pouls petit, défaillant ; faciss hippocratique ; suppression des urines ; aphonie et mort. — Cette variété est très-grave ; elle présente de grandes analogies avec les pernicieuses algides et syncopales.

Pernicieuse dysentérique. — Caractérisée par des évacuations petites et très-fréquentes de matières glaireuses et sanguinolentes, avec épreintes et ténesme atroces. Niée par Trousseau, cette variété repose sur des observations cliniques incontestables (Bonnet),

Pernicieuse ictérique ou grande endémique des pays chauds. — Elle cst caractérisée par un type rémittent, l'ictère et des hémorrhagics à siége multiple. Cette variété a été confondue avec la fièvre jaune par beaucoup d'auteurs. Elle s'en distingue par une intermittence réelle, parce qu'elle ne sévit pas seulement sur les étrangers ; parce qu'elle règne en dehors

des limites de la fièvre jaune, parce qu'enfin le sulfate de quinine constitue le traitement le plus efficace. Quoique plus particulièrement propre aux pays intertropicaux, on en observe des cas isolés en Europe.

Forme anomale. — L'anomalie porte soit sur la longueur des stades, soit sur l'absence de l'un deux, soit sur leur interversion. Bonnet a observé un cas où la longueur de l'accès était de trois jours, avec une intermission d'un jour seulement ; c'est tantôt le froid, tantôt la chaleur, tantôt la sueur qui font défaut dans l'anomale incomplète. Enfin il existe des observations de fièvre intermittente dans lesquelles l'accès commençait par la sueur et finissait par le frisson.

Forme larvée. — C'est celle dans laquelle le mouvement fébrile n'existe pas, et non pas les formes qui sont masquées par une affection locale, *febris comitata* ; Trousseau commet une grosse erreur en appelant les pernicieuses de la deuxième catégorie des *fièvres larvées*.

Cette forme est caractérisée par le retour, sous l'un des types de la fièvre intermittente, d'une névralgie ou d'une autre névrose ; dyspnée, toux convulsive, aphonie, hoquet, délire, coma, chorée, insomnie, etc.; le mouvement fébrile fait complétement défaut dans cette forme; il est *larvé*; cependant Jaccoud affirme avoir observé une élévation de 6 et de 9 dixièmes dans la température au moment de l'accès d'une névralgie sus-orbitaire, revenue sous le type tierce ; et Daboué a observé la tuméfaction de la rate. La variété névralgique est de beaucoup la plus fréquente.

Anatomie pathologique. — Dans la forme bénigne et au début de la forme commune, la seule lésion qui ait été constatée est la congestion et le gonflement de la rate. Cette congestion, qui diminue pendant l'apyrexie pour revenir à chaque accès, finit, dans la forme commune, par amener l'hypertrophie de la rate, hypertrophie étroitement liée à la période cachectique. La rate devient énorme, elle atteint souvent l'hypogastre

et présente des bosselures disposées par sillons horizontaux. Cet état de la rate produit deux lésions secondaires et opposées, la *mélanémie* et la *leucocythémie*. La mélanémie est constituée par la présence dans le sang de corpuscules pigmentaires qui semblent se former dans la rate et dans la veine-porte. Ces corpuscules se localisent principalement dans le foie, dans la substance grise du cerveau et dans la peau, qui devient d'un brun grisâtre caractéristique. Cette coloration pourrait faire confondre les cachectiques de la fièvre intermittente avec les malades frappés de l'affection bronzée d'Addison. Le sang, examiné au microscope, présente des granulations pigmentaires ordinairement noires, quelquefois brunes ou même jaune rougeâtre, sous forme de cellules isolées, réunies en cylindres ou en petits amas irréguliers. Cette lésion est fréquemment unie à l'albuminurie et s'accompagne d'une tendance aux hémorrhagies.

D'autres malades présentent un état opposé, la *leucocythémie*, caractérisée par une augmentation considérable des *globules blancs*.

Le foie présente souvent une lésion analogue à la rate ; et les reins, les caractères de la néphrite de Bright, ou encore la dégénérescence amyloïde. Dans la forme pernicieuse, le sang est diffluent; le cerveau et le sang présentent souvent des accumulations de pigments (*mélanémie*); la rate très-ramollie est quelquefois déchirée. On observe dans les organes, et suivant les variétés de fièvres, des congestions et des inflammations.

La forme algide semblerait avoir pour lésion une congestion de la partie cervicale de la moelle épinière.

Étiologie. — La fièvre intermittente est une maladie endémique et non contagieuse. Elle est propre aux pays marécageux et disparaît à mesure que les progrès de l'agriculture et de l'hygiène publique suppriment les eaux stagnantes et transforment les terrains marécageux. Un sous-sol argileux est une condition fort importante dans la production des fièvres intermittentes. Le mélange de l'eau de mer et l'eau douce, les défrichements, les grands mouvements de terre, sont encore des

causes d'une grande efficacité. L'air des marais a été analysé avec le plus grand soin, et on l'a trouvé aussi pur que celui des montagnes; seulement on a recueilli dans la rosée une matière putrescible, d'odeur ammoniacale. Mais cette matière est-elle capable de donner la fièvre? C'est ce qu'il faudrait démontrer pour affirmer que l'on connaît enfin le *poison*, le *miasme* des fièvres intermittentes. Jusque-là les miasmes resteront à l'état d'hypothèse.

L'influence des marais peut être transportée à plus de 2,000 mètres par le vent, dans d'autres circonstances, un bois, une légère élévation suffisent pour circonscrire la cause morbifique.

Dans certaines circonstances encore indéterminées, la fièvre intermittente se développe sous forme *épidémique*.

L'histoire de l'épidémie affreuse, développée sans cause connue, à l'île Maurice, où les fièvres intermittentes étaient inconnues jusque-là, nous montrerait au besoin qu'il ne suffit pas de prononcer le mot de *miasme* pour résoudre tous les problèmes d'étiologie qui se rapportent à la fièvre intermittente.

La durée de l'incubation dans les cas ordinaires est de cinq à douze jours; mais il y a des observations de fièvres développées immédiatement après avoir couché ou même traversé un pays marécageux. Un autre ordre de faits montre que la fièvre intermittente peut se développer plusieurs mois après avoir quitté les pays où elle est endémique.

En France, c'est au mois de *mars* et au mois d'*août* qu'on voit débuter le plus grand nombre de fièvres; au printemps les formes bénignes, en automne les formes communes; les formes malignes dans les deux saisons.

Tous les *âges* présentent des cas de fièvre intermittente. La *race nègre*, qui vit dans le pays le plus fiévreux de la terre, échappe presque complètement à cette maladie.

Les causes *occasionnelles* les plus évidentes sont le froid du soir et de la nuit, le refroidissement causé par des vêtements mouillés; les bains froids prolongés; la colère, la peur surtout; les excès et les fatigues; un régime alimentaire insuffisant.

Traitement. — La Prophylaxie est fort importante dans la

fièvre intermittente. Le desséchement des étangs, la canalisation des rivières, et principalement le drainage et la culture des terrains marécageux, ont fait disparaître la fièvre intermittente de beaucoup de pays où elle était endémique.

Traitement de la forme bénigne — Il faut se rappeler que cette forme a une tendance naturelle à la guérison, après un petit nombre d'accès, et que c'est dans cette forme qu'on réussit avec toutes les médications possibles.

Le *sulfate de quinine* est presque toujours indiqué, et comme il *coupe l'accès* presque infailliblement, il suffit à guérir toute la maladie, dans cette forme où il n'existe aucune tendance à la récidive.

La tradition et une longue pratique dans les pays où la fièvre intermittente est endémique nous ont enseigné la sûreté des préceptes suivants dans l'administration du sulfate de quinine : 1° administrer une forte dose en une fois ; 2° placer cette dose le plus loin possible de l'accès à venir, c'est-à-dire au déclin de l'accès. Cette dernière règle, fondée d'abord sur l'empirisme pur, s'explique par l'homœopathicité du sulfate de quinine pour la fièvre intermittente et par les aggravations produites lorsque le médicament est administré trop près de l'accès.

Les doses sont de 10 à 15 centigrammes avant la première dentition ; 20 à 25 centigrammes avant la seconde ; 30 à 40 centigrammes jusqu'à 10 ans ; 40 à 75 jusqu'à la puberté ; 1 gramme chez l'adulte. Ces doses sont administrées, en une fois chez les enfants, en deux fois quand la dose dépasse 50 centigrammes ; les deux prises sont données en une demi-heure d'intervalle. Il est bon de manger immédiatement après la dernière prise du sulfate de quinine. Chez les enfants, on se trouve bien d'administrer le sulfate de quinine dans du café noir.

Il est très-rare que le sulfate de quinine, administré suivant la méthode précédente, ne suffise pas à guérir complétement, et en vingt quatre heures, la fièvre intermittente de forme bénigne. Cependant j'ai rencontré des cas où le sulfate de quinine a été complétement inefficace. *Ipeca, capsicum, nux vomica, plumbum*, sont les médicaments indiqués dans ces cas rares.

Ipeca est indiqué quand le froid est précédé d'une période nauséeuse avec un peu de sueurs froides au front; quand il n'y a pas de proportions entre les stades; quand, pendant l'apyrexie, il y a inappétence, nausées, vomissements et diarrhée. La dose est la 6e ou la 12e, administrée au déclin de l'accès et le jour intercallaire, une cuillerée toutes les six heures.

Capsicum annuum est indiqué par la prédominance du froid avec forte soif; par la coexistence du ténesme et des symptômes hémorrhoïdaires. Même dose, même mode d'administration qu'*ipeca*.

Nux vomica, *plumbum* et quelques autres peuvent être indiqués exceptionnellement. (Pour les indications particulières, voir le traitement de la *forme commune*.)

Traitement de la forme commune. — Le *sulfate de quinine* réussit encore ici à couper les accès. Il guérit complètement la maladie s'il est parfaitement homœopathique et s'il est administré de manière à prévenir les récidives. Autrement les accès se rapprocheront de plus en plus, la cachexie se prononcera, les accidents quiniques se mêleront aux symptômes de la fièvre, et le sulfate de quinine deviendra un médicament très-nuisible.

Si donc la fièvre se présente sous le type pseudo-continu ou rémittent, ou si déjà tierce ou quarte l'accès est bien régulier, bien proportionné, avec prédominance de la soif avant le frisson, retour de la soif pendant la sueur, le sulfate de quinine, aux doses que nous avons dites précédemment, sera indiqué; il coupera l'accès et devra être répété pour empêcher *les récidives*. Ces récidives s'éloigneront de plus en plus et disparaîtront complètement et sûrement après une répétition suffisante du médicament.

Les médecins ont recherché avec grand soin quel était le mode de reproduction des récidives, afin de placer utilement la prise de l'antipériodique. L'époque des récidives varie avec les types; mais *presque constamment* l'accès se reproduit au jour où il serait venu si l'accès n'avait pas été coupé. Quand le type est tierce, la récidive a une tendance à se manifester à la fin de la deuxième semaine; et à la fin de la troisième, quand le type

est quarte. C'est donc vers le 12e jour dans le premier cas, et vers le 18e dans le second, qu'il faudra administrer 75 centigrammes de sulfate de quinine à un adulte ; on répétera cette administration jusqu'à ce que trois mois se soient écoulés sans accès.

Les règles que nous venons d'exposer sont purement empiriques ; mais elles sont justes dans la plupart des cas. La règle véritable serait de répéter le sulfate de quinine quand *son action est épuisée ;* mais la durée de cette action varie avec les types de la fièvre et aussi avec les organismes ; il n'est donc pas possible de préciser autrement que nous l'avons fait le moment de renouveler les prises de sulfate de quinine. Si les malades s'observaient bien ils seraient *toujours* avertis de la fin de cette action par le retour de certaines souffrances : névralgie, horripilation, malaise, indiquant l'imminence du retour de la fièvre et le moment opportun de donner le sulfate de quinine. Quand le *type est encore rémittent*, on doit administrer 1 gramme de sulfate de quinine au déclin de l'accès, tous les jours, jusqu'à ce que la maladie ait pris le type tierce ou quarte.

Mais, si le sulfate de quinine n'est pas homœopathique, les récidives apparaîtront malgré son administration ; elles se rapprocheront, et la cachexie marchera à grands pas ; il faudra alors renoncer à un médicament qui ne peut qu'aggraver l'état du malade. Dans ce cas, le *quinquina* à haute dose ou la *cinchonine* peuvent encore rendre des services ; mais il est préférable de s'adresser à *nux vomica, arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *natrum muriaticum*, *ipéca*, *tarentula*, *plumbum*, *cedron*, *flos soli*.

Ces médicaments doivent être administrés en une ou deux fois, immédiatement après l'accès, et ne pas être répétés tant que les accès vont en décroissant, et surtout s'ils sont complètement coupés.

Arsenicum convient quand la soif est nulle pendant le frisson, très-forte pendant la chaleur, et fréquente pendant la sueur ; quand, pendant le frisson, la face est rouge et chaude ; quand la fièvre s'accompagne d'anxiété, d'agitation, de lipothymie, d'oppression ; quand la sueur arrive tardivement ; quand les types

sont intervertis; dans la cachexie avec albuminurie et diarrhée.

Nux vomica est indiquée par un frisson intense avec doigts morts et ongles violacés; mélange de frisson et de chaleur; horripilation en se découvrant; chaleur avec congestion à la tête; somnolence pendant la chaleur et la sueur; la sueur manque quelquefois; constipation souvent avec ténesme rectal et vésical; soif pendant les trois stades ou seulement pendant la chaleur.

Carbo vegetabilis est indiqué quand la soif existe seulement pendant le frisson, et dans les *fièvres irrégulières* où le stade de sueur précède le frisson ou encore quand toute la fièvre est caractérisée par des *accès fréquents* de chaleur passagère. La variété *pernicieuse apoplectique*, avec râle, sueurs froides au visage et aux extrémités, facies hippocratique, pouls petit et fuyant, demande carbo vegetabilis.

Natrum muriaticum convient quand le frisson s'accompagne de somnolence avec bâillement et respiration accélérée; pendant la chaleur, soif excessive, céphalalgie intense, vertige et rougeur de la face; accès le matin, fièvre avec douleur dans les os.

Ipéca (Voir la forme bénigne).

Tarentula. Accès quotidiens qui viennent le soir; douleur au foie et au cœur pendant le froid, soif et céphalalgie excessives pendant la chaleur; alternative de froid et de chaud; concomitances de *symptômes hystériques*. J'ai toujours employé la troisième trituration.

Plumbum. Fièvre quotidienne, prédominance du froid, même pendant la sueur.

Cedron et *flos soli* tout à fait empiriques encore. Flos soli m'a donné de très-beaux succès dans des fièvres intermittentes anciennes, ayant résisté au sulfate de quinine. Je crois que c'est un bon médicament. J'ai employé la sixième dilution.

Angustura dans son pays natal est employé comme succédané du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes et remittentes.

Apis jouit en Amérique d'une renommée considérable dans le

traitement de la fièvre intermittente, ainsi que *Elaterium* et *Eupatorium perfoliatum*.

Ce dernier médicament, dont le nom populaire de (*ague weed* ou herbe à fièvre) indique la propriété, est surtout indiquée par les symptômes suivants : accès matinal, soif avant le frisson, vomissements bilieux pendant l'accès, rareté des sueurs à sa terminaison.

Gelseminum a une certaine réputation comme médicament de la fièvre intermittente, nous l'avons jusqu'ici peu employé ; nous en dirons autant de *crotalus* qui paraît être un bon médicament de la fièvre jaune, maladie heureusement inconnue dans nos climats.

C'est un tort de croire que les basses dilutions réussissent mieux que les hautes. Le plus souvent j'ai employé la 12e en globules et j'ai eu de très-beaux succès avec la 30e et la 200e.

Traitement de la forme pernicieuse. — Ici il s'agit avant tout de *couper* la fièvre et d'empêcher le retour d'un accès qui peut être mortel ; aussi aucun médicament connu ne peut aller de pair avec le sulfate de quinine, et on n'est autorisé à en prescrire un autre que lorsque celui-ci a échoué. Nous notons expressément que nous posons cette règle, non parce que les médicaments à dose infinitésimale sont impuissants à couper un accès pernicieux, mais à cause du danger de mort que court le malade, danger de mort qui est conjuré plus sûrement par le sulfate de quinine que par tout autre médicament.

Dans la fièvre pernicieuse, la dose est de 1 gr. 50 à 3 gr., administrés en deux ou trois doses, à une heure et même à une demi-heure d'intervalle quand le temps presse. Le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit cette règle posée par Torti, que la quantité du médicament doit suppléer au temps ; c'est-à-dire que lorsque le retour de l'accès est peu éloigné, il faut donner la plus forte dose. C'est au déclin de l'accès qu'on doit prescrire le sulfate de quinine, dans les types tierce et quotidien ; il doit être administré aussitôt le diagnostic porté dans les types subintrants. Le sulfate de quinine doit être donné trois jours de suite, à la dose de 1 gramme au moins, même

quand la fièvre est coupée ou que les accès sont fortement diminués, parce qu'il y a une grande tendance aux récidives les premiers jours ; le malade sera ensuite surveillé exactement pendant quinze jours ou trois semaines ; après quoi les récidives ne sont plus à craindre.

Si le danger est très-pressant et si, par une cause quelconque le malade ne peut pas avaler, il ne faut pas hésiter à employer la méthode des injections hypodermiques; la formule de Bourdon est celle que nous préférons :

Sulfate de quinine.	1 gramme.
Eau distillée.	10 grammes.

Acide tartrique, q. s. pour dissoudre le sulfate de quinine.

Une seringue de Pravaz contient 10 centigrammes de sulfate de quinine.

Une seule injection suffit dans les cas peu graves, mais dans la fièvre pernicieuse il faudrait faire deux et trois injections simultanément.

L'action du sulfate de quinine, administré par cette voie, est presque immédiate.

Si le sulfate de quinine n'agit pas sur l'accès, il faudra administrer, suivant les indications : *arsenicum*, *nux vomica*, *veratrum*, *belladona*, *bryonia*, *capsicum*, etc. Ces indications sont naturellement fixées par la variété de la fièvre : syncopale, algide, apoplectique, cholériforme, etc., etc.

Traitement de l'intermittente larvée. — Le médicament est indiqué par les caractères de l'affection, qui revient par accès. Dans les névralgies, nous avons surtout réussi avec *nux vomica* 12° et *arsenicum* 12°. Si le sulfate de quinine est indiqué, il faut l'administrer à la dose d'un quart plus forte que pour la forme commune.

Traitement de la forme cachectique d'emblée —Dans cette forme, on agira comme dans la cachexie de la forme commune; seu-

lement, si le quina est indiqué, il faudra l'administrer à la dose de 4 grammes à prendre en quatre prises, à une heure de distance chaque prise, et s'il y a amélioration, recommencer après huit jours.

L'hydrothérapie peut couper et guérir la fièvre intermittente; mais c'est un moyen qui n'est point sans danger, dont les indications ne sont pas encore nettement posées, et qui, jusqu'ici, ne peut lutter avec la médication homœopathique.

Le régime des malades sera fortifiant. Ils doivent éviter toutes les causes énumérées au chapitre de l'étiologie, et, s'ils le peuvent, quitter les pays à fièvre intermittente.

CINQUIÈME CLASSE

MALADIES PESTILENTIELLES

Cette classe de maladies est caractérisée par un danger considérable; c'est « un mal qui répand la terreur. » A côté de formes bénignes, les maladies pestilentielles présentent toujours des formes extrêmement malignes, foudroyantes dans leur marche et fatalement mortelles ; trois d'entre elles sont contagieuses; enfin elles sont originaires d'un lieu déterminé, d'où elles se répandent sur toute la surface de la terre, sous forme *épidémique ;* dans d'autres cas, elles restent confinées dans leur lieu d'origine; elles sont *endémiques* et ne peuvent s'acclimater dans les autres pays. Les pestilentielles épidémiques comprennent trois maladies : la *peste*, le *choléra* et le *typhus ;* les pestilentielles endémiques n'en comprennent que deux : la *suette* et la *fièvre jaune.*

CHAPITRE PREMIER

CHOLÉRA

C'est pour nous la plus importante de toutes les maladies pestilentielles, puisque c'est elle que nous sommes exposés à rencontrer le plus souvent. Cette maladie tire son nom de la ressemblance de ses symptômes avec ceux du *choléra nostras*, dont on l'a distingué, soit en lui donnant le nom du pays où elle se développe spontanément, *choléra indien*, soit en la désignant par un de ses principaux symptômes, *choléra noir.*

Le choléra est donc une maladie pestilentielle, caractérisée par des évacuations d'un liquide blanchâtre, par haut et par bas ; par des crampes, mais principalement par une diminution plus ou moins considérable des phénomènes chimiques de la respiration ; d'où l'algidité, la lividité, la petitesse et l'absence

du pouls. Le pays d'origine de cette maladie pestilentielle est la vallée du Gange.

Le choléra présente à étudier quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne* ou *cholérine*, la *forme ataxique*, et la *forme foudroyante*, ou *asphyxique* d'emblée.

I. La FORME COMMUNE est caractérisée par la succession régulière de deux périodes, algidité et réaction ; c'est elle qui sert de type à la description de la maladie.

Prodromes. — De l'anorexie, un sentiment de faiblesse et d'inquiétude, la perte de l'éclat des yeux et du teint, mais surtout la *diarrhée*, constituent la période prodromique du choléra, période dont la durée s'étend de quelques heures à quelques jours. La *diarrhée prémonitoire*, à laquelle on a attaché une importance exagérée, est habituellement sans colique ; elle devient d'autant plus liquide et d'autant plus pâle que la maladie approche davantage du début du choléra ; elle n'est pas constante ; de plus, c'est une illusion de croire qu'elle peut toujours être arrêtée.

Invasion. — Trois symptômes, presque simultanés dans leur apparition, caractérisent l'invasion du choléra : les vomissements, la diarrhée et les crampes. Les évacuations, d'abord alimentaires ou féculentes, puis bilieuses, deviennent séreuses, contenant de petits flocons d'albumine ; elles sont alors *riziformes ;* les crampes sont intenses, répétées, et siégent principalement sur les membres inférieurs.

La maladie marche très-rapidement : ici il ne faut plus compter par jours, mais par heures.

Quelques heures après l'invasion, la respiration s'accélère pour suppléer à l'insuffisance des phénomènes chimiques ; le froid se prononce, la face s'altère et présente déjà une teinte violacée ; le pouls faiblit et s'accélère ; la voix perd son timbre ; la soif est énorme ; les urines, d'abord albumineuses, se suppriment. Quelques heures encore et le malade est méconnaissable : l'amaigrissement est considérable ; la cyanose s'empare de la face et des extrémités ; l'algidité se généralise ; la face, la

langue, l'haleine, sont glaciales ; l'aphonie est complète, le pouls absent. Cependant l'intelligence est intacte ; les forces musculaires sont encore conservées, et le malade peut s'asseoir pour satisfaire aux évacuations qui sont incessantes. La *période algide* atteint alors son maximum, et nous allons voir des symptômes bien différents se succéder, suivant que le malade doit guérir ou succomber.

Dans le premier cas, la période de *réaction* se développe. Les symptômes de la période algide disparaissent dans l'ordre inverse de leur apparition. Le pouls reparaît et devient plus fort d'heure en heure ; la cyanose et l'algidité diminuent ; la chaleur se rétablit ; la bile apparaît dans les évacuations ; les urines sont sécrétées de nouveau et contiennent beaucoup d'albumine ; les crampes cessent et les malades ont une tendance au sommeil. Mais, dans le choléra asiatique, la réaction ne s'arrête pas comme dans le *choléra nostras*, à la disparition des symptômes de l'algidité. Ici, la réaction dépasse de beaucoup le but physiologique et constitue une période de la maladie, période qui a ses dangers et ses morts. Un mouvement fébrile intense ; une céphalalgie atroce ; la coloration écarlate des téguments ; des inflammations gastro-intestinales violentes et prolongées ; des éruptions diverses à la peau, constituent les principaux traits de cette réaction.

Terminaison par la mort. — Elle peut avoir lieu dans la période algide, après une réaction incomplète, ou en pleine réaction.

Mort dans la période algide. — Collapsus complet ; sueurs froides ; évacuations involontaires, quelquefois brunâtres, sanguinolentes ; évacuations supprimées ; troubles de l'ouïe et de la vue ; asphyxie progressive. Mort avec conservation de la connaissance.

Mort après une réaction incomplète. — Tendance au coma pendant la chaleur ; puis retour de l'algidité et de l'asphyxie ; mort dans le coma et l'asphyxie.

Mort en pleine réaction. — Très-rare dans la forme commune. Cette terminaison se produit par la violence des inflammations consécutives.

II. Forme bénigne *ou* cholérine. — Son caractère distinctif est l'absence de phénomènes asphyxiques ; elle présente des degrés très-divers, depuis la simple diarrhée riziforme jusqu'à cet ensemble constitué par les vomissements, la diarrhée, le froid, les crampes et la suppression des urines. Il n'y a jamais ni lividité, ni suppression du pouls.

III. Forme ataxique (improprement appelée *typhoïde*). — Caractérisée par une période algide affectant une bénignité apparente, et par une période de réaction très-grave, pendant laquelle se développent des inflammations viscérales, souvent mortelles.

La bénignité de la première période n'est qu'apparente ; l'irrégularité, le désaccord des symptômes témoignent, dès le début, de l'excessive gravité de cette forme. Les vomissements peuvent manquer ou être très-peu nombreux ; les évacuations contiennent souvent de la bile ; les urines persistent. Mais, ici, plus que dans toute autre maladie, on observe l'*ataxie* des symptômes. Ainsi, le pouls peut persister avec une algidité complète ; le pouls être complètement absent, avec une rougeur et une chaleur de la peau excessives ; le pouls être très-appréciable à un bras et être nul à l'autre ; une portion du corps présenter une chaleur brûlante, et l'autre un froid glacial ; la cyanose est de même distribuée inégalement.

La période de réaction se fait incomplètement, et en même temps on voit se développer des inflammations gastro-intestinales, des méningites et des congestions cérébrales. Les malades tombent dans la stupeur ; la prostration est complète, et leur état présente une certaine ressemblance avec la fièvre typhoïde ; c'est l'*état typhoïde des auteurs ;* la diarrhée, avec évacuations involontaires, le délire, la somnolence surtout, complètent le tableau de cette période de réaction. Mais, à mesure que les inflammations viscérales s'aggravent, l'état cholérique reprend son caractère propre, c'est-à-dire que l'asphyxie et l'algidité reparaissent. L'inflammation, au lieu de s'accompagner d'une réaction fébrile violente, détermine rapidement un abaissement du pouls et de la température ; en sorte que ces

inflammations se font *à froid*, et que lorsque la mort arrive, le coma, l'algidité, la cyanose, ont ramené complètement l'apparence cholérique.

Quand les malades guérissent, les fonctions se rétablissent graduellement, les inflammations se résolvent lentement et laissent le malade dans une convalescence longue et difficile.

Cette forme du choléra a une marche bien plus lente que toutes les autres. La mort, à moins qu'elle ne frappe les malades pendant l'algidité, ne survient guère avant la fin du premier septénaire, et nous l'avons observée à la fin du second et dans le cours du troisième. La guérison demande encore plus longtemps pour être définitive.

VI. Forme foudroyante ou asphyxique d'emblée. Choléra noir des auteurs. — Il ne faut pas confondre avec cette forme tous les cas de choléra sans prodromes, et dans lesquels les malades, frappés de terreur, tombent immédiatement dans un affaissement complet. Ce qui caractérise la forme foudroyante, c'est l'asphyxie d'emblée. Dans la forme commune, l'asphyxie survient graduellement et n'est manifeste que lorsque la maladie a déjà duré plusieurs heures. Ici les évacuations, l'algidité, les crampes et la cyanose surgissent simultanément. Le pouls s'en va et disparaît rapidement; la cyanose se généralise; les malades deviennent noirs, l'algidité est extrême; l'amaigrissement marche avec une rapidité incroyable; le facies est cadavérique; le corps se couvre d'une sueur froide et gluante, et la mort peut survenir au bout de deux heures; d'autres fois la maladie se prolonge pendant vingt-quatre heures. Si les malades guérissent, une réaction très-franche, très-violente s'établit. Cette réaction offre les caractères et les périls de celles que nous avons décrites pour la forme commune, seulement avec une intensité plus considérable.

Les principales affections consécutives du choléra sont : des diarrhées, des gastralgies, des dyspepsies rebelles. La folie peut aussi apparaître pendant la convalescence de cette maladie.

Anatomie pathologique. — Les cadavres présentent un mélange des signes de la mort par asphyxie et par syncope. Le système veineux est rempli par un sang très-épais, noir, et ne rougissant pas à l'air; les artères sont vides.

Les cadavres des cholériques se réchauffent un peu sept à huit heures après la mort. A ce moment, on observe quelquefois des contractions musculaires.

L'altération du sang consiste dans une diminution du sérum, de la fibrine et de l'albumine, et une augmentation des principes colorants. Suivant certains observateurs, les globules seraient altérés; suivant d'autres, ils resteraient à l'état normal. Les évacuations sont composées par un liquide albumineux analogue au sérum du sang; la muqueuse gastro-intestinale présente une vascularité excessive, avec des ecchymoses et des points ramollis; les plaques de Peyer sont saines, et il n'y a ni ulcération ni gangrène; les follicules isolés sont *habituellement* développés, d'où le nom de *psorentérie* donné par les organiciens au choléra.

Les autres organes présentent des signes de congestion veineuse, ou, quand la mort arrive après la réaction, des signes d'inflammation.

Etiologie. — Le choléra est une maladie contagieuse et épidémique. Elle ne semble pas inoculable. L'histoire des dernières épidémies démontre qu'elle est toujours importée, et que les évacuations cholériques constituent l'agent le plus actif de la transmission de la maladie. La question de savoir si le choléra se propage par les marchandises venues des pays infectés est encore douteuse.

Des localités, situées à 500 mètres d'autres localités infectées, ont été préservées quand elles se sont tenues parfaitement isolées. Je possède des exemples où la durée de l'incubation a été au-dessous de vingt-quatre-heures; mais nous ignorons encore quel est le temps le plus long au bout duquel le choléra peut se déclarer. Les quarantaines fixées à cinq et huit jours nous paraissent trop courtes.

Le choléra sévit de préférence et est plus grave dans la *première enfance*, puis dans la vieillesse et à l'âge adulte ; la seconde enfance est l'âge qui fournit le moins de mortalité. Les climats sont indifférents, et cette maladie se propage de Calcutta à Archangel. En France, elle se développe plus facilement au printemps, en été et en automne. Mais à Moscou elle a sévi avec rigueur pendant l'hiver de 1830.

Les *pays* situés sur les bords des fleuves et de la mer sont plus favorables à son développement ; cependant il a envahi le Népaul et le Thibet, qui sont à une grande altitude. La *race* nègre et jaune, la race israélite sont plus disposées à la maladie. Les pauvres, les ivrognes, les personnes qui font des excès sont les premières victimes dans les épidémies.

Certaines localités sont plus difficilement envahies, quelques-unes sont restées indemnes jusqu'à ce jour ; entre autres Lyon, Versailles, Poitiers. Nous n'avons pas encore d'explication satisfaisante de ce fait.

Les *ouvriers en cuivre* et les vidangeurs sont, dit-on, préservés.

Il y a encore des circonstances inconnues qui font qu'une épidémie est forte ou faible ; qu'elle se développe ou qu'elle avorte. Une première invasion est toujours beaucoup plus meurtrière. Quand il y a plusieurs invasions à courtes échéances, elles sont habituellement de moins en moins graves.

Les excès de toutes sortes, les refroidissements, les émotions tristes, toutes les causes de diarrhée et d'indigestion, peuvent être l'occasion du développement de la maladie.

Traitement. — La *prophylaxie* du choléra a préoccupé tous les médecins ; elle consiste d'abord et principalement à éviter avec soin les causes occasionnelles, et à traiter avec la plus grande sévérité les plus petites diarrhées qui, comme *accident commun*, peuvent servir de point de départ à la maladie. On a beaucoup exagéré cette prophylaxie tirée de la guérison de la *diarrhée prémonitoire* ; il faut que le médecin sache bien qu'on n'arrête pas plus l'évolution du choléra que celle de la variole, et que lorsque la diarrhée est réellement le premier symptôme du

choléra, on ne l'arrête pas. Seulement on se met dans la meilleure condition possible en traitant la maladie à son début.

Les homœopathes se louent de faire prendre comme préservatif une dose, chaque jour ou chaque deux jours, de *veratrum*, *cuprum* et *arsenicum* alternés, à une basse dilution, la 3e et la 6o. L'usage de porter une plaque de cuivre sur la peau a été aussi recommandé.

Traitement de la forme bénigne. — Trois médicaments correspondent à cette forme : *ipeca*, *phosphori acidum* et *croton tiglium*. *Ipeca* est indiqué par la prédominance des vomissements; *phosphori acidum* par la diarrhée de plus en plus pâle et riziforme ; *croton tiglium* par la diarrhée bilieuse avec coliques.

Traitement de la forme commune. — La diarrhée prémonitoire demande *phosphori acidum* ou *croton tiglium*.

Période algide. *Veratrum*, *cuprum*, *arsenicum*, *camphora* et *carbo vegetabilis*.

Ces médicaments correspondent à la période algide entièrement développée. *Veratrum* est indiqué spécialement par des évacuations très-abondantes et l'algidité prononcée; *cuprum* sera préféré quand les évacuations seront difficiles et douloureuses, et quand les crampes seront prédominantes. *Arsenicum* est demandé par un état analogue à *veratrum*, mais en plus : jactitation, angoisse, crainte de la mort, sensation de brûlure intérieure, pouls complètement supprimé.

Camphora convient tout à fait au début de la période algide, quand la chute des forces et l'algidité s'établissent de prime abord ; que les évacuations sont encore peu nombreuses et même n'ont pas encore commencé. Il se donne à l'état d'esprit de camphre : quelques gouttes sur du sucre et non dans de l'eau, une dose toutes les dix minutes.

L'*acide hydrocyanique* est aussi un médicament du début; chute rapide et complète des forces; *pouls disparu seulement à un poignet*.

Carbo vegetabilis, au contraire, convient à une période très-avancée, quand les malades sont tombés dans le collapsus, que l'asphyxie est déjà très-avancée et que le pouls manque complètement.

Il faut se rappeler que *veratrum* est le médicament principal et le plus fidèle de tous.

Période de réaction.—*Aconitum*, *belladona*, *opium*, *mercurius*, *arsenicum*, sont indiqués suivant que les inflammations et les congestions viscérales envahisssent le cerveau ou les intestins.

Aconitum est indiqué par un mouvement fébrile bien fort : grandeur du pouls, rougeur de la face et de la peau du corps, soif; la continuation de la diarrhée est un signe de plus pour le choix d'aconitum.

Belladona. Congestion du cerveau et de la face, battement des carotides, yeux brillants et saillants, pupille dilatée; délire ou somnolence; albuminurie.

Opium. Somnolence, coma, pouls grand et lent, stertor, quelquefois fureur; pupille rétrécie.

Mercurius et *arsenicum* sont indiqués par une entérite consécutive. Mercurius, si les selles sont vertes ou sanguinolentes. petites avec ténesme. Arsenicum, si la diarrhée est violente, séreuse et fétide.

Traitement de la forme ataxique. — Période algide. Les mêmes médicaments que dans la forme précédente; seulement *camphora* est bien plus souvent indiqué que les autres médicaments.

Période de réaction. Elle est très-difficile à traiter; indépendamment des médicaments signalés dans la forme précédente, nous signalerons le *lachesis* et le *secale cornutum*, qui conviennent dans les inflammations viscérales avec froid extérieur.

Lachesis est préférablement indiqué par l'inégalité de la réaction, par la tendance aux syncopes et par l'inflammation cérébrale, enfin par un mélange de coma et d'asphyxie.

Secale cornutum est indiqué par la continuation de la diarrhée riziforme après la cessation des vomissements, et par le retour de l'algidité.

Traitement de la forme foudroyante. — Les mêmes médicaments que dans la forme précédente, et en plus *acidum hydrocianicum*, quand les malades sont sidérés, la pupille dilatée, l'œil saillant, la vue diminuée ou abolie ; la respiration faible, intermittente, insensible ; le pouls petit, accéléré, insensible à l'un des bras ou à tous les deux, refroidissement général ; tremblement et convulsions ; évacuation involontaire. Tous les médicaments échouent habituellement par le défaut d'absorption stomacale. L'inhalation ne m'a pas réussi, l'absorption pulmonaire faisant également défaut ; peut-être que l'injection des médicaments par la méthode *hypodermique* donnerait de meilleurs résultats.

Aconitum a été préconisé dans ces derniers temps comme un spécifique du choléra (Cramoisy). La pathogénésie de ee médicament correspond assez à l'ensemble des symptômes pour qu'on soit fondé à l'essayer.

Les doses généralement employées par les médecins homœopathes sont les basses dilutions (de la 3e à la 1re), en goutte ou en trituration. Je me suis servi avec avantage de la 6e en globules, pour le *veratrum*. *Aconitum* a été prescrit en teinture à la dose d'un gramme pour 200 grammes d'eau ; *carbo vegetabilis*, de la 12e à la 30e dilution. Il faut répéter les doses toutes les heures et même tous les quarts d'heure.

Régimes et soins hygiéniques. — Réchauffer le malade par l'accumulation de la chaleur extérieure ; frictionner les membres pour diminuer les crampes. — Boissons très-froides ou très-chaudes, suivant la disposition des malades. Pendant la réaction, du bouillon avec parcimonie, et une grande sévérité de régime pendant la convalescence.

CHAPITRE II

PESTE

C'est elle qui a donné son nom à la classe des maladies que nous décrivons ; elle est originaire d'Égypte et est caractérisée

par la tendance à la formation de gangrènes disséminées, connues sous le nom de *bubons*.

Elle présente trois formes : *bénigne*, *commune* et *foudroyante*.

I. Forme commune.— Une faiblesse extrême avec frissonnement, anxiété, crainte de la mort et vomissements bilieux indique le début de la maladie ; un mouvement fébrile intense avec chaleur brûlante s'établit définitivement ; l'agitation et l'anxiété augmentent ; les malades sont pris de *subdelirium ;* des taches de purpura apparaissent aux membres inférieurs et précèdent de très-peu l'apparition des bubons, dont le siége classique est dans l'aine. Presque aussi fréquemment ils se localisent dans le creux axillaire ou au cou ; plus rarement sous le jarret.

Quand la maladie doit se terminer par la mort, le mouvement fébrile augmente ; le pouls devient plus petit et plus fréquent ; la faiblesse extrême, il y a des syncopes ; les bubons se gangrènent ; les malades tombent dans le coma et meurent rapidement, au plus tôt après vingt-quatre heures ; souvent après trois ou quatre jours de maladie.

Quand la maladie se termine par la guérison, le mouvement fébrile diminue, le sommeil reparaît et les bubons suppurent lentement. Les malades guérissent dans l'espace d'un à deux septénaires.

II. Forme bénigne.— Des cas très-nombreux de cette forme ont été cités dans presque toutes les épidémies. La variété la plus fréquente de la forme bénigne est caractérisée par la prédominance des phénomènes locaux : des pétéchies, des plaques gangréneuses de la peau, des anthrax, des bubons. Le mouvement fébrile ne prend une certaine intensité que pendant la suppuration des bubons. Cette variété se prolonge au delà d'un septénaire.

Dans une variété plus légère encore, les malades ne présentent ni symptômes généraux, ni bubons, mais simplement quelques plaques gangréneuses à la peau. Dans ces cas la maladie ne dure que quelques jours.

III. Forme foudroyante.—Caractérisée par la prédominance des symptômes généraux et par une marche très-rapide. Le mouvement fébrile est très-intense, la prostration considérable, le collapsus rapide, et les malades succcombent en quelques heures sans avoir présenté de symptômes locaux. Quand la maladie se prolonge jusqu'au second jour, il y a un commencement de bubons.

La *convalescence* de la peste est longue et difficile ; il n'y a pas de *récidive*.

La peste est originaire d'Egypte, d'où elle se répand sur les autres pays. La race nègre y est surtout disposée. Elle n'est pas inoculable, mais communicable sans contact immédiat. Le terme extrême de l'incubation est de huit jours.

Traitement. — Nous manquons complètement d'expériences cliniques ; l'ensemble des symptômes indique *arsenicum, lachesis*, *carbo vegetabilis* et *china*.

CHAPITRE III

TYPHUS FEVER

Le typhus est une maladie pestilentielle caractérisée par des accidents cérébraux : stupeur, délire, coma, convulsions ; par une éruption morbiliforme ; par une durée de deux à trois septénaires.

Cette maladie est propre aux races du Nord et en particulier à la race irlandaise, mais elle peut se propager par contagion aux autres races. Elle présente à étudier trois formes.

I. Forme commune. — Les nombreuses épidémies de *typhus fever*, en Irlande surtout, son foyer d'élection, ont permis de préciser les habitudes du processus morbide.

L'incubation de la maladie a une durée qui n'est jamais moindre de huit jours. L'invasion est annoncée pendant huit

à douze jours par des prodromes, tels que la courbature, la céphalalgie, l'insomnie ; le tintement d'oreille serait, d'après Chauffard, un phénomène constant. A ces premiers symptômes viennent s'adjoindre, dans la période d'augment, de nouveaux désordres. Dès le deuxième jour, il s'établit un mouvement fébrile qui débute par le frisson et se maintient dans les limites de 100 à 120 pulsations. Vers le quatrième, cinquième, sixième jour, se déclare, sur le tronc et le ventre surtout, une éruption morbiliforme à larges plaques avec un fond ecchymotique. Ces plaques, qui peuvent être confluentes sur le corps, ont quelquefois fait prendre la maladie pour une rougeole maligne. En même temps, le facies est vultueux, le malade est plongé dans la somnolence, sans goûter de sommeil : il y a tout à la fois prostration et stupeur. Les vomissements bilieux, indolores, sans enduit lingual, qui se produisent à cette période sont rattachés au désordre encéphalique par Graves, qui appelle ce vomissement *cérébral*. — Dans un deuxième septénaire, les phénomènes cérébraux, déjà saillants dans les périodes précédentes, s'accentuent avec une prédominance évidente. Le délire est constant, agité, furieux, avec privation absolue de sommeil. A mesure que s'aggrave l'état du malade, le pouls faiblit, devient inégal ; la respiration revêt le caractère *cérébral*, c'est-à-dire qu'elle devient très-accélérée, inégale et suspirieuse. Les phénomènes du côté du thorax sont peu significatifs et non constants. L'inertie intestinale se traduit par la tympanite et par des selles involontaires ; enfin, au terme de la lutte, l'affaiblissement du pouls, le coma, la dyspnée, le refroidissement, annoncent et amènent la mort.

Lorsque la maladie conclut à une terminaison heureuse, le premier signe de salut est le retour du sommeil, ne fût-ce que pour une heure ; c'est l'indice d'une détente ; le délire tombe ; la langue, noire et sèche, s'humecte. Alors commence une convalescence longue, difficile, semée de dangers spéciaux ; ce sont des parotidites, des hémorrhagies, des érysipèles, des phlegmasies viscérales ; c'est encore la rechute possible par la reprise des troubles cérébraux ou intestinaux ; parfois même

on a vu une syncope brusque interrompre la convalescence et la vie.

Le tracé thermique a pour caractère une ascension brusque qui atteint son summum 40 à 41 degrés dès le deuxième jour; la chute de la chaleur est également rapide et l'on n'observe pas la décroissance en échelon propre à la fièvre typhoïde.

Forme gangréneuse, forme nerveuse. — A côté de la forme commune, le typhus présente encore une forme gangréneuse avec tendance aux hémorrhagies multiples et une forme nerveuse remarquable par la lenteur relative de l'évolution morbide et par l'intensité des troubles de l'innervation. Vers la fin du deuxième septénaire de cette dernière forme, le délire, loin de cesser, devient constant et s'accompagne de roideur tétanique et d'un état cataleptique : cette forme est particulièrement grave dans une maladie qui est déjà très-meurtrière. Un caractère très-important, c'est que le mouvement fébrile manque complètement pendant presque toute la durée de cette forme.

Anatomie pathologique. — Toutes les lésions du typhus sont des congestions : congestions du cerveau, de la pie-mère, de l'intestin, du poumon, de la rate, du foie. Les plaques de Peyer et les ganglions mésentériques ne présentent à aucun degré les lésions caractéristiques qui altèrent ces organes dans la fièvre typhoïde.

Etiologie. — Le typhus présente à un haut degré les caractères d'épidémicité et de contagiosité. Il est originaire de l'Irlande et de l'Écosse; l'aptitude à le produire semble même appartenir à la race de ces contrées aussi bien qu'au sol. Les causes occasionnelles sont l'encombrement et les privations : aussi est-ce la maladie des camps, des villes assiégées, et en 1847 elle accompagna fidèlement la famine qui désola l'Irlande.

Quelques médecins confondent encore le typhus et la fièvre

typhoïde. Voici les raisons qui nous portent à séparer radicalement ces deux maladies :

Le typhus est une maladie pestilentielle, il en a tous les caractères.

1° Il a un lieu de naissance, comme la peste, le choléra et la fièvre jaune ; son lieu d'origine est l'Irlande, où il se développe spontanément ; de là les Irlandais l'*importent* par contagion en Angleterre et en Amérique. En Crimée, notre armée n'a eu le typhus qu'à partir du moment où elle a été en contacte avec les soldats anglais, c'est-à-dire avec des Irlandais (Dr Cazalas, *Affections typhiques dans les armées d'Orient*).

D'autres races du nord de l'Europe, les Slaves en particulier, semblent aussi disposées au typhus, mais aucune ne présente ce caractère au même degré que les Irlandais.

2e *caractère*, mortalité effrayante. — En Irlande, la mortalité n'est jamais moins d'un tiers ; elle est souvent de moitié. A Gaëte, elle a été des deux tiers. Enfin, au siége de Mayence, il est mort 25,000 hommes sur une garnison de 60,000.

3e *caractère*, contagion. — Le typhus est contagieux à la manière des maladies pestilentielles, c'est-à-dire qu'il lui faut un milieu convenablement disposé pour qu'il éclate dans toute sa force ; autrement il végète, il languit et s'éteint tout à fait, comme on a pu le voir en France au retour de Crimée.

4e *caractère*. Le mouvement fébrile ne fait pas partie nécessaire du processus morbide ; la forme nerveuse marche absolument sans fièvre pendant douze ou quinze jours.

Le typhus est donc une maladie pestilentielle ; il s'accompagne d'une éruption morbiliforme ; ses lésions sont essentiellement des congestions multiples. Une des formes les plus graves se développe sans mouvement fébrile.

La fièvre typhoïde est le type des maladies fébriles, son éruption est constituée par de petites papules qu'il faut souvent rechercher avec soin, tandis que les taches du typhus recouvrent une grande étendue. La fièvre typhoïde est contagieuse dans de très-étroites limites, tandis que le typhus est

très-contagieux. Les lésions de la fièvre typhoïde sont presque toutes inflammatoires : inflammation de la pie-mère et de la substance grise; encéphalite circonscrite ; bronchite avec engouement et noyaux d'hépatisation ; ulcération et inflammation de la muqueuse digestive ; inflammation et quelquefois suppuration des ganglions mésentériques, etc., etc. Enfin, le tracé thermique, image fidèle du mouvement fébrile, permet à lui seul de distinguer les deux maladies.

Traitement. — Trois médicaments principaux sont indiqués dans le traitement du typhus : *aconitum*, *belladona* et *opium*.

Aconitum convient au début et avant l'apparition de l'exanthème. Plus tard, on aura recours à *opium* ou à *belladona*. *Opium* est indiqué par un délire furieux avec insomnie et pupille rétrécie ; *belladona* au contraire convient quand les pupilles sont dilatées. La forme gangréneuse fait surgir les indications d'*arsenicum*, *lachesis* et *china*. La forme nerveuse demandera plus particulièrement *valeriana*, *lachesis* et *phosphorus*. L'opium à hautes doses a rendu de véritables services dans le traitement de cette maladie. Nous renvoyons au traitement de la fièvre typhoïde pour les indications des affusions froides et du régime.

CHAPITRE IV

SUETTE

Maladie de la classe des pestilentielles endémiques, caractérisée par des sueurs profuses et par des éruptions diverses.

Cette maladie, qui a toujours une apparence de bénignité, même dans les cas les plus graves, mérite bien le nom d'*érythème perfide* qui lui a été donné. Dans certaines années elle cause une grande mortalité dans plusieurs localités de notre pays. Elle offre trois formes à étudier : *forme commune bénigne*, et *maligne*.

I. Forme commune. — Les prodromes consistent dans du malaise et une tendance à la sueur; mais ils manquent le plus souvent, et la maladie débute subitement au milieu de la nuit. Les malades s'éveillent en sueur et avec un léger mouvement fébrile, qui persiste, avec des sueurs abondantes, jusqu'à la période suivante. Le gonflement des mains, qui survient dès le second jour, est un bon signe diagnostic.

Du troisième au quatrième jour, les symptômes s'aggravent; le mouvement fébrile et les sueurs augmentent; il survient de l'anxiété, une barre épigastrique, un état lipothymique; puis l'éruption apparaît, suivie d'une amélioration évidente.

Cette éruption, qui commence habituellement au cou et à la partie supérieure de la poitrine, s'accompagne de cuissons et de fourmillement; elle consiste souvent dans un fond érythémateux, avec formation de vésicules ou de *vésico-pustules;* d'autres fois des *sudamina*, sans rougeur à la peau; puis des granulations rouges ou *miliaires*, exactement disposées comme les plis de la peau et formées par une hyperémie des aspérités naturelles du derme.

Cette période, qui se prolonge quelquefois pendant deux septénaires, se compose de plusieurs éruptions successives, précédées chaque fois d'une aggravation qui met la vie des malades en danger.

La fièvre tombe, les sueurs cessent, les vésicules se sèchent. puis la desquamation se fait par grandes plaques comme dans la scarlatine. Souvent il survient des abcès et des furoncles pendant la convalescence.

La terminaison par la mort est annoncée par la cessation des sueurs; les éruptions se flétrissent, le visage pâlit et prend une expression de tristesse; les malades sont en proie à l'inquiétude et à des prévisions fâcheuses; les forces tombent; l'oppression augmente; il y a une anxiété précordiale énorme; les vomissements surviennent; le délire s'établit, et les malades succombent dans une asphyxie comateuse.

La convalescence est longue; mais il n'y a pas de récidives.

II. Forme bénigne. — Mouvement fébrile intense, avec sueurs profuses; éruption très-forte survenant le troisième jour ; bon état des forces, du moral et du facies ; ni oppression, ni anxiété, ni barre épigastrique. Guérison souvent dès le quatrième jour, plus souvent le septième.

III. Forme maligne. — Cette forme débute avec une apparente bénignité ; c'est une simple indisposition, remplacée tout à coup par une agonie, et la mort au bout de quelques heures.

Le mouvement fébrile et les sueurs de la première période sont à peine marqués ; cependant on observe : agitation, anxiété, intermittence du pouls, tendance à la lipothymie; puis, en regardant bien, teinte légèrement livide de la face et des lèvres ; au bout de quelques heures de cet état, au plus tard pendant le début de l'éruption : nausées, quelquefois vomissements et évacuations alvines involontaires; prostration profonde ; pâleur cadavérique ; subdélirium, coma ; dyspnée croissante, râle trachéal et mort..,.. Une à quatre heures suffisent souvent à l'évolution complète de la maladie et à sa terminaison par la mort.

Si l'éruption se fait au milieu de cette agonie, elle amène quelquefois une rémission qui prolonge la vie des malades jusqu'au quatrième jour, et qui, dans des cas tout à fait exceptionnels, peut être le principe de la guérison.

IV. Forme intermittente. — Quelques auteurs ont admis une forme intermittente. Les aggravations et les rémissions produites par des éruptions successives, les symptômes si *pernicieux* de la forme maligne, peuvent prêter à l'illusion. Toujours est-il qu'à Poitiers, ces cas ont été entièrement rebelles aux plus fortes doses de sulfate de quinine.

Maintenant la suette peut s'unir à la fièvre intermittente, comme elle s'unit à la fièvre typhoïde et au choléra. Ces cas, fort difficiles à déterminer, expliqueraient les quelques succès obtenus par le sulfate de quinine dans certains pays.

Les *lésions* observées consistent dans la liquéfaction du sang et dans la congestion de la plupart des viscères.

La suette est propre à certaines localités : la Picardie, le Poitou, l'Angoumois et quelques parties du Languedoc ; jamais elle ne se propage dans les autres pays. Les médecins modernes nient sa contagion ; elle sévit principalement de 20 à 40 ans ; elle atteint un plus grand nombre de femmes ; la grossesse et l'état puerpéral prédisposent à la maladie. A Poitiers, elle frappe surtout les classes riches. Les émotions déprimantes, les excès concourent au développement de la maladie.

Traitement. — *Traitement de la forme commune.* — *Aconitum*, *mercurius* et *arsenicum*. *Aconitum* au début contre le mouvement fébrile intense, avec rougeur de la face ; mais ce médicament doit être promptement remplacé par *mercurius*, indiqué par les sueurs profuses, qui ne soulagent pas, éruptions miliaires diverses, anxiété, faiblesse. *Arsenicum* remplace *mercurius* quand les malades sont dans une agitation excessive, avec peur de la mort et barre épigastrique.

Traitement de la forme maligne. — *Arsenicum*, indiqué précédemment, et *carbo vegetabilis*, si *arsenicum* fait défaut.

Quoique nous n'ayons pas souvent l'occasion de traiter cette maladie, nous recommandons, le cas échéant, l'usage, du *jaborandi*, qui à la sixième dilution nous a donné de très-bons résultats dans des affections caractérisées par une sécrétion exagérée de la sueur. De plus, ce médicament convient évidemment à une affection du grand sympathique, qui est paralysé par son action physiologique, comme il est certainement paralysé dans la suette.

Enfin, si on parvenait à reconnaître une véritable complication avec la fièvre intermittente, il ne faudrait pas hésiter à prescrire le sulfate de quinine à haute dose.

CHAPITRE V

FIÈVRE JAUNE

C'est une pestilentielle endémique, c'est-à-dire qu'elle se développe exclusivement dans certains pays et que fût-elle importée dans d'autres contrées, sa propagation y est très-restreinte et qu'elle s'éteint rapidement. Autrefois, la fièvre jaune régnait seulement dans le golfe du Mexique et à la côte d'Afrique ; aujourd'hui elle s'étend depuis Rio-Janeiro jusqu'à Philadelphie ; elle est caractérisée par un mouvement fébrile intense et par des hémorrhagies multiples. La plus fréquente est une hématémèse, qui a mérité à la maladie le nom de *vomito negro*. Cette maladie sévit surtout sur les étrangers : les gens du pays, les acclimatés sont presque complètement indemnes ; la race noire est exempte de la fièvre jaune. Cette maladie ne sévit jamais en hiver ; importée plusieurs fois en Europe, elle a pris un certain développement à Cadix et à Lisbonne ; cependant elle n'a jamais pu s'y naturaliser. En France, elle a été encore plus rapidement éteinte. Elle est ordinairement contagieuse, non-seulement par les malades, mais encore par les marchandises et par l'air empoisonné dans la cale des navires qui arrivent des pays infectés ; aussi les quarantaines doivent être maintenues sévèrement.

Cette maladie présente une *forme commune*, une *forme bénigne*, une *forme ataxique* et une *forme foudroyante*. Nous ne les décrivons pas parce que nous n'avons presque jamais l'occasion d'observer cette maladie en Europe.

CLASSE INTERMÉDIAIRE

MALADIES FÉBRILES CONTAGIEUSES PROPRES A TOUS LES PAYS

Nous réunissons dans cette classe six maladies : l'*érysipèle*, a *diphthérie*, la *dysentérie*, la *grippe*, les *oreillons* et la *coqueluche*. lElles ont pour caractère une localisation fixe, comme les phlegmasies, un mouvement fébrile, hors de proportion avec l'affection locale, comme les fièvres ; comme les maladies pestilentielles, elles sont contagieuses, épidémiques, et, à l'exception des oreillons, éminemment malignes et meurtrières.

CHAPITRE PREMIER

ÉRYSIPÈLE

L'érysipèle est une maladie contagieuse, souvent épidémique, caractérisée par une inflammation de la peau à marche progressive.

L'inflammation érysipélateuse de la peau est une affection commune à plusieurs maladies : à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives, à la pneumonie, mais principalement à la diathèse purulente ; elle entre comme élément dans l'histoire du phlegmon diffus. Le caractère qui distingue radicalement l'inflammation érysipélateuse symptomatique, est sa tendance à la terminaison par suppuration. L'érysipèle des nouveau-nés, c'est-à-dire celui qui survient pendant le premier mois, est presque toujours une affection de la diathèse purulente, et c'est pour cette raison qu'il présente une gravité si considérable.

L'érysipèle présente trois formes : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme maligne* ou *érysipèle ambulant*.

I. Forme commune. — C'est l'érysipèle fixe, l'érysipèle de la face. Il débute par un mouvement fébrile violent, précédé

d'un frisson et accompagné de vomissements bilieux ; en même temps on trouve sous les mâchoires un engorgement ganglionnaire, et à la face, habituellement sur les côtés du nez, une tache rouge et saillante. L'engorgement ganglionnaire précède la tache rouge et permet de l'annoncer.

Le lendemain la fièvre continue ; elle affecte le type rémittent avec rémission matutinale. Le pouls est fort, très-fréquent, de 120 à 140 ; la chaleur élevée ; la soif vive.

Les vomissements persistent souvent les deux ou trois premiers jours ; la langue est blanche, rouge à la pointe ; les urines très-sédimenteuses ; la constipation habituelle, la tache érysipélateuse a beaucoup augmenté.

Ces symptômes se maintiennent jusqu'au quatrième jour ; alors l'érysipèle a envahi une partie de la face et présente les caractères suivants : rougeur éclatante et lisse ; tuméfaction exactement limitée par un rebord sensible au toucher et à la vue ; dureté de la peau malade ; petites granulations dues à l'hypertrophie des papilles du derme; douleurs brûlantes ; vésicules et quelquefois bulles énormes ; œdème du tissu cellulaire, d'où tuméfaction transparente et occlusion des paupières. A mesure que l'érysipèle atteint de nouvelles régions, les parties primitivement affectées se guérissent.

Souvent il survient une rémission marquée le matin du quatrième jour ; mais le soir, le frisson ou un sentiment de froid apparaît; il y a augmentation du mouvement fébrile et l'érysipèle reprend sa marche envahissante. De rémission en exacerbation, la maladie atteint habituellement le milieu ou la fin du second septénaire, quelquefois même du troisième septénaire. Dans sa marche envahissante, l'érysipèle atteint plus tôt ou plus tard le *cuir chevelu*. Cette période est annoncée par la tuméfaction et la douleur du cuir chevelu, mais sans rougeur appréciable. C'est à ce moment que l'assoupissement et un délire quelquefois furieux s'emparent des malades. Ce dernier symptôme n'est pas constant. De la face, l'érysipèle envahit les oreilles qu'il tuméfie horriblement ; la nuque, le cou, et quand la maladie se prolonge, il reprend des parties de la face

qui ont déjà été malades. Le gonflement des ganglions correspondants aux régions envahies est un fait constant.

L'inflammation érysipélateuse peut gagner la muqueuse du pharynx par les fosses nasales; plus rarement elle débute dans le pharynx pour arriver à la peau. Cette angine érysipélateuse présente une rougeur éclatante, accompagnée de douleurs brûlantes.

Terminaison par la guérison. — C'est la terminaison presque constante. Elle est annoncée par la décroissance, puis la chute du mouvement fébrile, l'arrêt de l'érysipèle et sa desquamation. La chute des cheveux, des blépharites, des furoncles, et souvent des abcès, constituent les accidents consécutifs de cette maladie.

La *mort* arrive par une métastase sur les méninges; métastase presque toujours occasionnée par un traitement perturbateur.

Le tracé thermique est celui du type rémittent; la chaleur atteint dès le premier jour 40 degrés et quelquefois davantage; la différence entre le matin et le soir est d'un degré, et à chaque rémission le tracé retombe au voisinage de la normale pour remonter à 39 ou 40 degrés quand il se fait une nouvelle poussée.

Variétés. 1° Érysipèle du cuir chevelu. — Quand la maladie débute par le cuir chevelu, et reste bornée à cette région, elle est quelquefois difficile à reconnaître. Cependant l'engorgement des ganglions du cou, la tuméfaction douloureuse de la peau du crâne, les caractères du mouvement fébrile, fixeront le diagnostic.

2° Érysipèle des membres. — Jamais il n'existe de symptômes cérébraux; l'érysipèle est toujours annoncé par le gonflement des ganglions, auxquels aboutissent les lymphatiques de la partie de peau enflammée.

II. Forme bénigne. — Caractérisée par le peu d'intensité du mouvement fébrile et par une durée de quatre à sept jours.

L'érysipèle reste borné souvent à une partie de la face. Il ne faut pas confondre cette forme avec l'inflammation érysipélateuse des dartreux, et qui accompagne si souvent l'eczéma des oreilles chez les femmes à l'âge de retour.

III. Forme maligne. — Elle correspond aux formes malignes des fièvres éruptives. Elle est caractérisée par l'ataxie ou le désaccord des symptômes ; par la chute des forces ; par la mobilité et la multiplicité de l'affection érysipélateuse ; par la contagion facile ; par une extrême gravité.

L'expression d'*érysipèle ambulant* convient moins, parce que l'érysipèle peut être *fixe* sans cesser d'être malin.

Prodrome. — Du malaise, le sentiment d'une grande fatigue, précèdent de quelques jours cette forme, qui débute par un frisson violent avec claquement de dents ; ce frisson est suivi d'une chaleur brûlante. Le mouvement fébrile s'accompagne d'anxiété, d'agitation et de symptômes cérébraux, coma et délire, même quand l'érysipèle ne siége pas à la face. Souvent l'affection cutanée n'apparaît qu'après deux ou trois jours de fièvre.

Le mouvement fébrile, l'anxiété, la prostration, vont en s'aggravant, en même temps que l'érysipèle s'étend. Comme dans la forme commune, la maladie présente des rémissions le quatrième et le septième jour ; mais les exacerbations vont sans cesse en augmentant, et les symptômes généraux s'aggravent chaque jour, sans toutefois, le plus souvent, que le mouvement fébrile prenne plus d'intensité. Le pouls dépasse rarement 100 à 112 pulsations, et la peau n'atteint pas cette chaleur exagérée qui est d'un si mauvais pronostic dans les maladies aiguës. L'érysipèle est d'un rouge intense, recouvert de bulles énormes ; au lieu de se propager par continuité, il s'avance par plaques isolées, par îlots, qui s'agrandissent et se réunissent à l'érysipèle primitif.

Quand la maladie doit se terminer par la mort, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, la prostration augmente ; les malades sont en proie à un délire tranquille et continu, avec

grincement des dents, carphologie, difficulté de la parole et de la déglutition, incontinence d'urine; la langue est sèche et noirâtre ; il se fait des hémorrhagies; des pétéchies apparaissent; de petits érysipèles se forment sur des points éloignés ; le mouvement fébrile est peu intense, la peau presque naturelle; puis l'érysipèle pâlit; le pouls s'en va tout à fait; la peau se refroidit, et les malades succombent dans une sorte d'asphyxie lente.

Quand l'érysipèle malin doit se terminer par la *guérison*, le délire cesse; la langue s'humecte; l'érysipèle ne fait plus de progrès; le sommeil et l'appétit reviennent, et le mouvement fébrile cesse tout à fait.

Étiologie. — L'érysipèle est souvent par *épidémique*. Il est *contagieux*, au moins dans la forme maligne. C'est surtout au *printemps* et à l'*automne* qu'on observe cette maladie. Les *femmes* y sont plus sujettes que les hommes. Les plaies, les irritations de la peau, les indigestions et les émotions morales sont les causes occasionnelles les plus fréquentes.

Traitement. — Sept médicaments principaux correspondent à la *forme commune*. *Belladona* est le plus souvent indiquée. Ce médicament répond à l'inflammation érysipélateuse avec gonflement des ganglions, au mouvement fébrile, aux vomissements et à la constipation, aux symptômes cérébraux. *Rhus toxicodendron* est indiqué par des vésicules nombreuses. Je me suis bien trouvé d'alterner ces deux médicaments; je prescris quelques gouttes de la troisième dilution. *Hepar sulfuris* est indiqué par des douleurs d'excoriation, mais surtout par un gonflement plus considérable. *Mercurius* est plus convenable avec l'ensemble des symptômes suivants : stomatite avec salivation; mouvement fébrile avec sueur; érysipèle accompagné de prurit et de vésicules comme dans l'eczéma. *Cantharis* est demandé par érysipèle avec bulles énormes, douleur brûlante, fièvre avec prédominance de froid; *Euphorbium* par angioleucite, traînées érysipélateuses.

Le *graphite* convient surtout dans la forme bénigne, quand il

y a peu ou point de fièvre. *Apis* tient le milieu entre *Belladona* et *Rhus*, ne combattant pas aussi bien que le fait le premier l'inflammation cutanée intense, ni la tendance à former des phlyctènes du second, mais agissant plus efficacement dans sa propre sphère.

Traitement de la forme maligne. — *Aconitum, lachesis* et *arsenicum* sont les trois médicaments principaux, *aconitum* au début. Contre le mouvement fébrile si intense de cette période, l'expérience clinique semble donner la préférence à la teinture, 1 à 2 grammes pour 200 grammes d'eau.

Lachesis convient à la période d'état et est indiqué par les symptômes généraux graves avec mouvement fébrile peu intense et *tendance au refroidissement;* il correspond parfaitement au tableau que nous avons donné de la forme maligne.

Arsenic sera préféré si la peau est brûlante et qu'il y ait une grande agitation. *Carbo vegetabilis*, si le pouls est absent et l'asphyxie commençante.

Rhus, *pulsatilla* et *belladona* m'ont constamment fait défaut dans la forme maligne. L'application du collodion a produit de bons résultats entre les mains du docteur Robert de Latour. Nous n'avons pas eu à nous en louer dans la forme maligne ; peut-être l'avons-nous appliqué trop tard.

Sur la recommandation de Jaccoud, nous avons essayé le *quinquina* dans la forme maligne de l'érysipèle, et avec un succès qui nous a d'abord surpris, parce qu'il nous semblait en contradiction avec la loi de *similitude*. Mais si l'on réfléchit que, dans l'érysipèle, le mouvement fébrile est beaucoup plus important que la lésion, et que le mouvement fébrile affecte très-manifestement le *type rémittent*, on cessera de s'étonner de l'action favorable de *China*. Ce médicament n'agit point ici d'après des vertus *toniques* fort hypothétiques, mais bien d'après les propriétés positives qu'il possède d'exciter chez l'homme sain un mouvement fébrile intermittent. Loin d'être une contradiction de la loi de similitude, l'action favorable de *China* dans

le traitement de l'érysipèle en est une nouvelle confirmation.

Jusqu'ici j'ai prescrit 4 grammes de teinture mère dans 200 grammes d'eau à prendre en vingt-quatre heures.

CHAPITRE II

DIPHTHÉRIE

C'est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par une inflammation pseudo-membraneuse. Cette inflammation siége le plus souvent sur la membrane muqueuse respiratoire ; mais elle peut s'étendre aux autres muqueuses et à la peau.

Cette maladie comprend l'*angine couenneuse* et le *croup*. Elle s'offre à l'observation sous quatre formes distinctes : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme putride* et *forme ataxique*. Ces deux dernières correspondent aux *formes malignes* des auteurs.

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par la succession de deux périodes : *période angineuse* et *période croupale*.

Période angineuse. — Elle est ou non précédée de prodromes. Elle débute par un mouvement fébrile peu intense, et un mal de gorge avec gonflement des ganglions sous maxillaires.

L'angine se développe rapidement; elle présente la succession des symptômes suivants : rougeur générale du pharynx, tuméfaction habituellement d'*une seule* amygdale, sur laquelle apparaît une tache blanchâtre bien circonscrite. Cette tache, formée d'abord d'un mucus demi-transparent, puis d'une fausse membrane peu adhérente, constitue au bout de *quelques heures* une plaque saillante, convexe, et fortement adhérente. Cette fausse membrane s'agrandit rapidement, elle envahit la luette de son côté; puis, se propageant comme l'érysipèle malin par des îlots et des traînées, elle envahit l'autre amygdale, préala-

blement tuméfiée; et, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, elle occupe l'isthme du gosier dans sa totalité. Cette évolution est d'autant plus rapide que les enfants sont plus jeunes; chez eux, elle peut commencer par les deux amygdales.

Le gonflement ganglionnaire est considérable et en proportion du développement de la fausse membrane. Les ganglions sont durs et extrêmement douloureux; ce sont les *bubons* de cette *peste* pseudo-membraneuse.

Les jours suivants, la fausse membrane s'épaissit; elle se colore diversement, en jaune, brun ou noir, et simule la gangrène. La bouche des malades exhale une odeur fade, caractéristique.

Le mouvement fébrile est très-variable. Jamais il n'est bien intense, et le thermomètre atteint rarement 39 degrés. La température baisse à mesure que l'état s'aggrave, quand les malades succombent à l'asphyxie.

Seconde période ou croupale. — Caractérisée par l'extension de la fausse membrane au larynx, cette période s'annonce par une toux sèche et de l'enrouement. La toux et la voix deviennent *rauques* et *sourdes;* et de plus en plus sourdes à mesure que l'affection fait des progrès. La gêne de la respiration apparaît ensuite, et le *sifflement laryngo-trachéal* s'établit. C'est un bruit qui imite assez bien celui de la *scie à pierre*. Il est plus fort dans l'inspiration, parce que les lèvres de la glotte se rapprochent et diminuent l'espace resté libre.

La toux s'éloigne et s'éteint, la voix disparaît, les *accès de suffocation* commencent. Ce sont d'abord des accès de dyspnée; ils reviennent toutes les trois ou quatre heures, et sont plus fréquents la nuit. Bientôt la dyspnée arrive jusqu'à la suffocation. Le malade s'asseoit brusquement, la tête renversée en arrière, la bouche largement ouverte, les muscles inspirateurs contractés, la face rouge, l'anxiété extrême. Ces accès durent de deux à cinq minutes, et sont suivis d'un calme relatif pendant lequel continue le sifflement laryngo-trachéal,

Quand la maladie doit se terminer par la mort, les accès se

rapprochent, deviennent plus intenses; bientôt ils sont continus avec exacerbation et rémission. L'état des malades devient alors réellement épouvantable; ils étranglent. Enfin, un coma mêlé d'asphyxie s'établit; la face devient pâle, bouffie, livide; l'anesthésie et le froid asphyxique dominent; il y a un calme relatif; les accès de suffocation disparaissent, et la mort survient lentement. Plus rarement, les malades succombent dans un violent accès de suffocation. Souvent cette scène d'agonie ne marche pas d'une manière continue; l'expulsion d'une fausse membrane, ou un changement dans l'innervation des muscles respiratoires, rétablissent la respiration et donnent un mieux inespéré. Puis la fausse membrane se reforme, les muscles se contracturent ou se paralysent de nouveau, et les accidents reparaissent.

Quand la trachéotomie a été pratiquée, la mort n'arrive point par suffocation dans la forme commune, mais par quelques complications de pneumonie ou de bronchite pseudo-membraneuse.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, les accès de suffocation s'éloignent; la toux devient plus grasse, et une expectoration muqueuse, jaunâtre, contenant des débris de fausse membrane, s'établit.

Variétés. — Croup d'emblée. — La première période manque; la maladie débute par la toux et l'enrouement; la fièvre est peu intense; le gonflement des ganglions fait défaut; quelquefois la fausse membrane *remonte*, et n'apparaît dans le pharynx qu'à la fin de la maladie, cette variété en particulier à la première enfant.

II. Forme bénigne. — La maladie reste incomplète et n'atteint pas le larynx; elle reste bornée à l'arrière-gorge, et quelquefois même aux gencives.

Trousseau a soutenu qu'une simple angine érythémateuse suffisait à caractériser une forme bénigne de la *diphthérie;* il fonde son opinion sur l'observation d'*angines érythémateuses* observées sur des personnes exposées à la contagion; angines

érythémateuses qui à leur tour auraient développé l'angine couenneuse chez d'autres personnes.

III. Forme putride. — Elle est caractérisée par la prostration des forces, par la tendance aux hémorrhagies et à la gangrène, par la multiplicité des localisations diphthéritiques : c'est l'*angine gangréneuse* des anciens, l'*empoisonnement diphthéritique* des modernes.

Elle débute fréquemment par des vomissements, un mouvement fébrile modéré, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et une douleur de gorge qui passe souvent inaperçue.

Les amygdales se gonflent considérablement et se recouvrent de fausses membranes épaisses, jaunâtres et putrides ; les ganglions se gonflent plus que dans toute autre forme. La diphthérie, souvent précédée d'épistaxis, envahit les fosses nasales. La prostration, une anorexie invincible, la pâleur et la bouffissure de la face se montrent dès les premiers jours.

La maladie arrivée à sa période d'état se caractérise par une prostration complète; une indifférence pour toute chose, un mouvement fébrile modéré, avec tendance au refroidissement ; une angine intense avec des fausses membranes épaisses, grisâtres, noirâtres, ramollies, exhalant l'odeur de gangrène. Les ganglions et le tissu cellulaire, énormément tuméfiés et indurés, présentent une rougeur érysipélateuse; il existe un *jetage* avec ulcération de la lèvre supérieure. C'est à ce moment que les localisations diphthéritiques se multiplient. Celle du larynx a cela de particulier qu'elle ne s'accompagne dans cette forme ni de toux ni d'accès de suffocation : l'enrouement et la dyspnée sont, dans ce cas, les seuls signes du croup.

L'*ophthalmie diphthéritique* est caractérisée par un larmoiement corrosif, avec gonflement luisant des paupières; la conjonctive rouge et saignante est recouverte d'une couenne épaisse; un mucus séro-purulent abondant remplit la gouttière oculo-palpébrale; un sillon rougeâtre, douloureux, couenneux, marque le trajet des larmes; quelquefois la cornée est envahie et l'œil perforé. Cette localisation coïncide toujours avec le coryza et jamais avec la laryngite.

La *vulve* et le *prépuce* sont assez souvent envahis par la production couenneuse.

La peau, principalement derrière les oreilles, mais surtout la surface des vésicatoires, sont des localisations habituelles dans la forme putride. La plaie devient douloureuse ; elle laisse suinter une sérosité corrosive; une fausse membrane grisâtre envahit le centre de la plaie, tandis que les bords s'élèvent et rougissent. Cette fausse membrane se propage au moyen de l'inflammation résultant du contact avec la peau, de la sérosité qu'elle sécrète; la propagation s'avance par des îlots, des dentelures qui envahissent la peau voisine et forment de larges plaques ramollies et putrides.

A ces symptômes viennent se joindre des hémorrhagies, principalement des épistaxis, des ecchymoses et des pétéchies; des gangrènes de la gorge, de la vulve, de la peau; des éruptions très-diverses : rubéoliques, scarlatiniformes, miliaires, ortiées, des bulles de pemphygus.

Enfin, les malades, plongés dans une prostration complète, indifférents à tout, pâles, bouffis, livides, refusant toute alimentation, avec un pouls faible, tremblant, souvent ralenti, se refroidissent graduellement et meurent par syncope ou par asphyxie lente.

La *guérison* s'annonce surtout par le désir de prendre des aliments, le retour des forces, le bon aspect des plaies et l'élimination des fausses membranes.

Variété. — Il existe une variété de la forme putride, dans laquelle l'affection locale est tout à fait insignifiante : c'est une fausse membrane derrière les oreilles ou à la vulve, par exemple. Il n'y a pas d'angine, et les symptômes se développent comme dans les cas précédents, seulement avec une extrême lenteur, la maladie mettant souvent plusieurs septénaires à parcourir ses périodes; elle se termine presque constamment par la mort.

IV. Forme ataxique. — Caractérisée par l'incohérence des symptômes, par une marche irrégulière et imprévue, par la

prédominance des symptômes nerveux; elle présente plusieurs variétés.

1° **Variété à marche très-rapide.** — Elle débute par un léger mal de gorge avec quelques plaques blanches dans le pharynx. Les symptômes locaux, peu intenses, coïncident avec un mouvement fébrile considérable qui s'aggrave de moment en moment; la diphthérie envahit les fosses nasales; le délire éclate, et les malades succombent le troisième ou le quatrième jour. C'est ainsi que moururent Valleix et le fils de Blache.

2° **Variété spasmodique.** — Cette variété revêt les allures de la forme commune; seulement il y a toujours diphthérie des fosses nasales. Quand les fausses membranes ont envahi le larynx, le croup s'accompagne d'accès de suffocation violents, hors de proportion avec l'épaisseur et l'étendue des fausses membranes. Le spasme des muscles de la glotte, puis leur paralysie, la paralysie du diaphragme, jouent ici un rôle important dans les accès de suffocation. C'est pourquoi cet accident persiste, malgré la trachéotomie, et alors qu'il n'existe aucun obstacle laryngé au passage de l'air. Souvent la malignité de la maladie est annoncée par des paralysies prématurées, soit du voile du palais, soit des paupières. La convalescence est troublée par des paralysies consécutives extrêmement graves, et la mort subite par syncope n'est pas rare dans cette forme, soit pendant la maladie, soit pendant la convalescence.

Affections consécutives et complications. — La *pneumonie;* l'*entérite*, chez les très-jeunes enfants; l'*érysipèle*, sont des complications très-graves et qui augmentent beaucoup les chances de mort. L'*albuminurie* est un symptôme concomitant et quelquefois une affection consécutive; elle est d'un fâcheux pronostic. Nous avons vu une *anorexie invincible* survivre à la disparition complète des fausses membranes et entraîner la mort par inanition.

La **paralysie** est tantôt *limitée*, tantôt *généralisée*. Dans le premier cas, elle reste bornée au siége même de la fausse membrane, c'est-à-dire au pharynx; elle produit le nasonnement;

la chute et l'inertie du voile du palais; la difficulté quelquefois considérable de la déglutition; elle peut amener la mort par le passage du bol alimentaire dans le larynx.

Paralysie généralisée. — Elle débute comme la précédente, s'accompagne bientôt de faiblesse dans les jambes et d'une paraplégie progressive avec amaurose, paralysie plus rare de la vessie et du rectum; elle atteint fréquemment le diaphragme et détermine la mort par asphyxie. Au lieu d'une paralysie vraie, on observe quelquefois une *ataxie locomotrice*. Le strabisme, la diplopie, la dilatation de la pupille ne sont pas rares.

La paralysie atteint les membres inférieurs avant de toucher les bras, et, quand les muscles de la nuque doivent être pris, ils sont pris les premiers.

Nous rappelons encore que, dans le cours de la forme ataxique, on observe des paralysies prématurées du diaphragme et des muscles de la glotte. Ces paralysies ont pour caractère d'être intermittentes et de produire des accès de suffocation souvent mortels.

Les paralysies diphthéritiques déterminent l'atrophie musculaire et la dégénérescenca graisseuse. Les paralysies diphthéritiques sont mobiles et guérissables; elles durent rarement plus de deux mois et disparaissent sans laisser de trace.

Anatomie pathologique. — On trouve les signes de la mort par asphyxie lente ou par asphyxie rapide. Quelquefois le sang est diffluent, brun, semblable à de la sépia; il peut contenir des globules blancs en excès ou des bactéries; souvent il est normal. La fausse membrane, dont nous avons déjà décrit l'aspect physique, présente à l'examen microscopique de la fibrine amorphe ou finement striée. Cet exsudat renferme de nombreuses cellules de pus, des globules du sang, des granulations graisseuses, des nucléoles indéterminés et des champignons.

Étiologie. — La diphthérie est excessivement contagieuse; elle sévit souvent épidémiquement; elle peut atteindre le même sujet plus d'une fois dans sa vie. L'*âge* des malades a une in-

fluence sur la localisation laryngée ; le croup est plus commun chez les enfants, il est aussi plus grave à cause de la conformation de la glotte.

Le refroidissement est la cause occasionnelle la plus commune. Viennent ensuite l'encombrement et les logements insalubres. Les gros enfants scrofuleux m'ont semblé plus prédisposés a la diphthérie.

Traitement. — Nous pourrions intituler ce paragraphe le *chapitre des illusions*. Ces illusions viennent des erreurs de diagnostic qui font confondre, par un grand nombre de médecins l'*angine couenneuse* et l'*angine pultacée*, la *laryngite striduleuse* et le *croup*.

1re *période*. · Angine couenneuse. — Nous avons six médicaments principaux : *belladona*, *mercurius*, *lachesis*, *baryta carbonica*, *bromum*, *bryonia;* tous correspondent à l'angine avec tuméfaction des ganglions.

Belladona est indiquée dès le début, avant la fausse membrane, par la sécheresse de la gorge et la douleur d'oreille. On doit donner la *teinture mère* de 2 à 10 gouttes dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les heures.

Mercurius est indiqué par la fausse membrane déjà formée avec stomatite concomitante, salivation. *Baryta carbonica* dans le même cas, mais avec gonflement énorme des amygdales et des ganglions sous-maxillaires.

Lachesis. Angine avec fausse membrane; sentiment de sécheresse et de brûlures; sentiment d'une peau dans la gorge. Quelques médecins préfèrent *apis* à *lachesis*. Au début, nous préférons *belladona* (T. M.) et *lachesis* (3e trit.), que nous alternons toutes les heures.

Bromum et *bryonia* sont indiqués, parce qu'expérimentalement ils produisent des fausses membranes dans la gorge. Nous retrouverons ces deux médicaments à propos du croup. Un médicament récemment indiqué par le docteur Beck est le *cyanure de mercure*. C'est certainement le médicament le plus efficace de tous ceux que nous connaissons, tant contre l'angine couen-

neuse que contre le croup. On le prescrit depuis la troisième jusqu'à la sixième dilution, une dose toutes les heures. Ce médicament est indiqué par les symptômes suivants : fausses membranes épaisses, adhérentes, blanches ou jaunâtres, quelquefois teintes de sang, se propageant au larynx, aux fosses nasales, à la bouche, aux gencives ; couleur rouge foncé de la membrane muqueuse, dans les points où il n'y a pas de fausse membrane; symptômes de la forme putride, adynamie, facies bouffi, odeur infecte de l'haleine et des sécrétions, jetage des fosses nasales, diminution et suppression des urines, albuminurie, paralysies prématurées, prostration extrême, défaillance rapide, hoquet continuel, anorexie invincible.

Spongia. Ce médicament a été longtemps, avec *hepar sulfuris*, la base du traitement du croup; mais, encore une fois, la confusion si généralement commise au commencement de ce siècle entre le croup et l'angine striduleuse ne permet pas d'accorder au spongia toutes les guérisons dont on lui fait honneur. Néanmoins les succès du brome et de l'iode ne nous permettent pas d'oublier totalement la spongia dans le traitement du croup. Voici quelles sont les indications de ce médicament : enrouement, voix faible, toux creuse et sèche, inspiration sifflante, dyspnée avec accès de suffocation, douleur dans le larynx.

Hepar sulfuris était indiqué après spongia, et quand la toux devenait plus grasse. Voici ses indications : voix faible et rauque, toux sourde et rauque, respiration sifflante, accès de suffocation avec tête renversée en arrière, douleur du larynx. Il existe quelques cas de guérison par hepar sulfuris, et le docteur Drury de Leadom le place en tête des médicaments de la diphthérie.

Bromum, préconisé par Hering, Ozanam, Meyhoffer, a été très à la mode. Richard Hughes l'a toujours trouvé infidèle. Cependant il existe des observations authentiques de guérison par ce médicament. Meyhoffer dit qu'il est indiqué contre la diphthérie généralisée. Voici des indications plus précises : épistaxis, écoulement de mucosités jaunâtres et tenace avec excoriation des narines ; inflammation du pharynx avec fausses membranes, gonflement des amygdales, engorgement des

glandes du cou, aphonie, toux rauque et sèche, sibilante, dyspnée et accès de suffocation, douleur du larynx. Dans les expériences sur les animaux, production de fausses membranes dans le pharynx et dans le larynx. On emploie les basses dilutions.

2e *période.* Croup. — Ici les indications présentent deux grandes divisions : indications tirées de la fausse membrane, indications tirées du spasme et de la paralysie des muscles de la glotte.

Phosphorus, *bryonia*, *hepar sulfuris*, *iodium*, *bromum* et *spongia* répondent à la première indication.

Moschus et *sambucus* répondent à la seconde; la trachéotomie est indiquée dans les deux cas.

Hepar sulfuris convient quand la toux est rauque et convulsive; éternument après la toux; respiration et voix rauque, pas d'aphonie complète; dyspnée plutôt qu'accès de suffocation.

Phosphorus. Accidents spasmodiques plus prononcés, réveil la nuit avec accès de suffocation ; angoisse, sentiment de constriction du larynx ; il existe quelques cas de guérison incontestable par ce médicament. *Phosphorus* répond en outre aux symptômes de paralysie.

Bryonia a donné de bons résultats ; on n'a pu encore déterminer les signes qui indiquent spécialement ce médicament, et son emploi est encore un peu empirique; le Dr Curie a développé des fausses membranes du larynx et de la trachée chez les animaux avec la bryone.

Les observations cliniques démontrent l'efficacité de *moschus* et de *sambucus* contre les accès de suffocation par spasme de la glotte. *Moschus* correspond à la constriction subite du larynx, suffocation avec désespoir ; *sambucus* est indiqué par l'angine, la toux rauque, les accès de suffocation avec gonflement bleuâtre de la face et du cou. Il ne faut pas hésiter à prescrire ces deux médicaments à doses massives.

China, qui possède quelques symptômes de laryngisme : — voix et toux rauques, respiration sifflante, dyspnée et accès de suffocation, — agit favorablement sur l'état général et le mou-

vement fébrile. Les allopathes doivent de beaux succès à ce médicament, et J.-P. Tessier a prescrit avec avantage le sulfate de quinine dans quelques cas déterminés. C'est principalement dans la forme putride que nous prescrivons le china. Nous employons 1 à 2 grammes de teinture pour la journée, et nous l'alternons quelquefois avec le cyanure de mercure.

La **trachéotomie** est indiquée par les accès de suffocation, quelle que soit la période de la maladie : que cette suffocation soit due à l'obstacle mécanique causé par la fausse membrane, au spasme ou même à la paralysie des muscles de la glotte. La question pratique est celle du moment où il convient de faire cette opération. L'intensité croissante des accès de suffocation est le signe qui guide le médecin dans cette question difficile : il faut retarder le moment autant que possible, en se rappelant cependant que l'opération réussit d'autant mieux qu'il n'y a pas encore de symptômes d'asphyxie.

Une incision partant du cartilage cricoïde et arrivant presque au bord supérieur du sternum, est pratiquée à la peau. On divise successivement les tissus, couche par couche, en évitant de couper les vaisseaux, et on arrive ainsi sur la trachée. Si à ce moment il existe une hémorrhagie, il faut tâcher de s'en rendre maître en liant ou en tordant les petits vaisseaux divisés. On pénètre dans la trachée avec un bistouri pointu, on divise deux ou trois cerceaux cartilagineux, on remplace le bistouri par le dilatateur, qui, à son tour, sert à introduire la double canule; c'est le temps difficile de l'opération. Un procédé, qui éloigne bien des difficultés, consiste à armer la canule d'une sonde en gomme élastique qui dépasse son extrémité de plusieurs centimètres et dont l'extrémité arrondie et douce s'introduit beaucoup plus facilement dans la plaie de la trachée. La canule est ensuite fixée à l'aide d'un ruban autour du cou du malade ; une rondelle de caoutchouc, passée préalablement sous les oreilles de la canule, protége la plaie contre le contact métallique. Immédiatement après l'opération, des mucosités et du sang s'échappent de la canule, puis après cet orage, la respiration devient calme et *sans bruit;* alors on

recouvre l'ouverture d'une gaze claire, et on entretient, à l'aide d'eau bouillante, une légère humidité dans l'atmosphère.

La canule doit être nettoyée, en retirant la canule intérieure, toutes les fois qu'il se produit des bruits intenses par la respiration. Si les accès de suffocation reparaissent, il faut retirer la canule tout entière et maintenir la plaie béante à l'aide du dilatateur, pour favoriser l'expulsion de l'obstacle qui s'oppose au libre passage de l'air. Autrement, on ne retire la canule pour faire le premier pansement que le troisième jour après l'opération.

Il faut savoir que les accès de suffocation et l'asphyxie peuvent revenir quoiqu'il n'y ait pas d'obstacle mécanique au passage de l'air. Dans ce cas, il survient soit une bronchite pseudo-membraneuse, soit une paralysie du diaphragme. On retire définitivement la canule du sixième au dixième jour. On commence par la retirer quelques heures, et on ne l'enlève définitivement que lorsque les malades respirent suffisamment par le larynx. Chez quelques malades, l'obstruction du larynx persiste quinze jours, trois semaines et plus, et, par conséquent, on est, dans ces cas, obligé de laisser la canule pendant tout ce temps.

Traitement de la forme putride. — Elle présente une mortalité énorme. *Mercurius hydroscianus*, *arsenicum*, *laehesis*, *carbo vegetabilis*, *china*, correspondent à la malignité, aux hémorrhagies, à la gangrène et aux symptômes d'asphyxie qui caractérisent cette forme. *Arsenicum* est indiqué par l'angine gangréneuse, la tuméfaction énorme des ganglions lymphatiques, l'écoulement d'un ichor putride par les fosses nasales, la paralysie du pharynx.

Laehesis répond à la gangrène de la gorge, à la suppuration et à la gangrène des ganglions sous-maxillaires, aux hémorrhagies multiples.

Carbo vegetabilis, à la période asphyxique.

China et *secale* pourraient aussi être indiqués ; mais le médicament préférable est encore le cyanure de mercure. Nous l'alternons quelquefois avec *china*.

Traitement de la forme ataxique — Variété à marche rapide. — Nous ne possédons pas de renseignements cliniques. *Belladona* et *stramonium* sont indiqués par les symptômes cérébraux ; *lachesis* conviendrait peut-être contre l'ensemble de la maladie.

La *variété spasmodique* demande les médicaments du spasme de la glotte et ceux de la paralysie des muscles respiratoires. Nous avons indiqué les premiers dans le traitement de la deuxième période de la forme commune. *Phosphorus, plumbum, secale cornutum, arsenicum*, sont indiqués par la paralysie. Enfin la faradisation des nerfs phréniques devrait être tentée contre la paralysie prématurée du diaphragme et dans les accès de suffocation souvent mortels qui sont liés à cette paralysie.

Paralysie consécutive. — *Rhus toxicodendron* est indiqué par la paralysie du pharynx : symptômes d'étranglement en avalant un liquide, engourdissement du bout des doigts, paralysie incomplète et progressive des membres inférieurs, avec refroidissement, fourmillement et tremblement; paralysie du rectum et de la vessie; paralysie des paupières; enfin, il y a des faits cliniques en faveur de ce médicament.

Secale cornutum et *plumbum* répondent en outreaux symptômes d'atrophie musculaire. Nous citerons encore *phosphorus*, *arsenicum* et *china*, enfin l'*électricité*, dont l'action favorable ne saurait être contestée.

Dans une maladie aussi grave que la diphthérie, nous croyons encore devoir signaler quelques moyens empiriques qu'on pourra essayer quand le traitement régulier sera inefficace. Le docteur Triduau a préconisé le *copahu* et surtout le *poivre cubèbe* à très-haute dose; alterner toutes les deux heures une cuillerée de sirop de copahu et une cuillerée de sirop simple contenant de 50 centigrammes à 1 gramme de poivre cubèbe. Il a cité un certain nombre de succès obtenus à l'aide de ce mode de traitement.

Le docteur Abeille vante par-dessus tout les fumigations de cinabre dans la chambre du malade. Dans un vase à large ouverture, contenant de l'eau en ébullition, on projette, toutes

les deux heures, 2 grammes de cinabre. C'est, en fin de compte, un traitement par mercurius.

Moyens locaux. — La cautérisation qui avait été proposée comme un moyen infaillible, et qui avait été acceptée d'enthousiasme par la généralité des médecins, est aujourd'hui abandonnée par Trousseau lui-même. Cependant, nous croyons que l'on peut retirer quelques avantages de certaines applications externes. Les gargarismes contenant 1 gramme de bromure de potassium, pour 200 grammes d'eau (docteur Emery) ; l'insufflation d'une poudre composée de sucre de lait et d'acide arsénieux dans la proportion d'un dix-millième ; les onctions sur la peau du cou avec la teinture d'iode et l'onguent mercuriel peuvent rendre quelques services dans le cours d'une maladie, dont le traitement régulier n'est point encore définitivement arrêté.

Soins hygiéniques. — Il est fort important d'alimenter les malades atteints de diphthérie et de maintenir dans leur chambre une chaleur douce et rendue un peu humide par l'eau tenue en ébullition. L'usage du vin ou de l'alcool, surtout pour les malades qui ne veulent pas manger, est conseillé par la plupart des médecins.

CHAPITRE III.

DYSENTÉRIE

La dysentérie est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par des évacuations fréquentes de selles petites, toujours glaireuses, et souvent sanguinolentes ; par le ténesme et par l'inflammation du rectum.

Cette maladie, qui est extrêmement meurtrière, se présente sous trois formes : *forme commune*; *forme bénigne* et *forme maligne*.

I. Forme commune.— Cette forme, précédée souvent de courbature et de diarrhée, débute d'autres fois par un véritable

frisson suivi d'un mouvement fébrile très-intense, à type rémittent, ordinairement accompagné de vomissements. Les selles prennent bientôt leur caractère spécial, et en même temps le *mouvement fébrile diminue*, en sorte que, comme dans les deux espèces morbides précédentes, la chaleur fébrile diminue à mesure que la maladie s'aggrave. Des coliques intenses précèdent et accompagnent les selles, qui deviennent très-fréquentes, jusqu'à quatre, six, huit et dix fois par heure; le ténesme est continuel. Ces selles, très-petites, sont toujours glaireuses, habituellement sanguinolentes, contenant quelquefois du sang pur, mêlé de matières fécales durcies; d'autres fois, elles sont composées de fausses membranes imitant la lavure de chair ou la tunique interne de l'intestin; quelquefois elles sont formées de glaires teintes en vert par de la bile.

Ces symptômes augmentent pendant le premier septénaire; les selles deviennent incessantes; l'anus, plus ou moins ouvert, reste béant; la muqueuse apparaît purulente, rouge, ulcérée; l'amaigrissement est rapide; le facies est grippé et sénile, et la tendance au refroidissement a remplacé la chaleur fébrile; le pouls est fréquent et très-petit; les vomissements et l'anorexie ont cessé; le malade peut digérer un peu de bouillon; il n'y a ni stupeur, ni délire, mais plutôt une indifférence profonde.

La maladie peut se terminer par la *guérison* ou par la *mort*; d'autres fois elle passe à l'état *chronique*.

Terminaison par la mort. — L'amaigrissement devient squelettique; le facies hippocratique; l'anus béant; le sphincter paralysé; les évacuations involontaires; l'algidité se prononce de plus en plus. Les malades, pelotonnés dans leur lit, en proie à des évacuations incessantes, putrides, lientériques, se refroidissent de plus en plus; le pouls, d'abord intermittent, disparaît tout à fait; les évacuations se suppriment; les malades sont pris de de subdélirium et succombent dans un état qui présente quelque ressemblance avec la période algide du choléra.

Terminaison par la guérison. — Les selles s'éloignent, deviennent stercorales; la chaleur reparaît; la fréquence du pouls

diminue; l'appétit se prononce; le sommeil revient, et les malades entrent dans une convalescence toujours longue, difficile, et souvent interrompue par des diarrhées et par de véritables rechutes.

Passage à l'état chronique. — Après deux ou trois septénaires, le mouvement fébrile cesse; les selles deviennent moins fréquentes; elles sont lientériques et puriformes; l'amaigrissement, la perte des forces, le sentiment de froid persistent; l'*œdème* survient. Cet état se prolonge pendant des mois, et, en dehors du traitement homœopathique, se termine presque toujours par la mort, soit dans l'algidité, comme précédemment, soit par une complication.

Complications. — Affections du foie. — Fréquentes dans les pays chauds, elles précèdent, accompagnent ou suivent un grand nombre de dysentéries; elles sont à cette dernière affection ce que l'épididymite est à la blennorrhagie. Ce sont le plus souvent des *abcès*; quelquefois des *congestions*, des *hypertrophies* qui passent facilement à l'état chronique et persistent pendant des années. Les autres complications sont la *péritonite*, due à l'extension de l'inflammation du rectum au péritoine, ou à une perforation de l'intestin; les *abcès* du petit bassin, produits par le même mécanisme; des *phlébites* du petit bassin ou des membres inférieurs; la *diathèse purulente;* des *érysipèles;* des *arthrites* qui ont porté Stoll à créer la *dysentérie rhumatismale*. Les *accidents consécutifs* sont des *péritonites tardives*, des *rétrécissements* du rectum et des *paraplégies*.

II. Forme bénigne. — Elle est habituellement sans fièvre ou accompagnée d'un accès fébrile très-court; les selles caractéristiques sont plus ou moins abondantes; l'appétit revient promptement; les forces sont conservées; l'amaigrissement est insignifiant, et la maladie se termine le quatrième ou le septième jour.

III. Forme maligne. — Extrêmement meurtrière, elle varie

d'aspect avec les épidémies; cependant l'*algidité* est toujours le caractère dominant. Les symptômes graves apparaissent dès le début, et la mort peut survenir dès le troisième jour, mais plus souvent à la fin du premier septénaire. Les malades présentent au plus haut degré l'état grave de la forme commune; en plus, il y a des symptômes asphyxiques marqués par la couleur bleuâtre de la face et des extrémités. Les évacuations ont une odeur gangréneuse et ne s'accompagnent pas toujours de coliques et de douleur anale. Le pouls disparaît rapidement; le délire survient, puis une sorte de coma asphyxique qui termine la maladie.

Dans certains pays, les accidents revêtent un type franchement *intermittent*, c'est une *pernicieuse dysentérique*.

Anatomie pathologique. — La lésion constante est une inflammation ulcéreuse du rectum. Chez les malades qui succombent après le premier septénaire, on trouve toutes les membranes fortement épaissies; le calibre de l'intestin très-rétréci; la muqueuse ulcérée plus ou moins profondément, recouverte par place de pseudo-membranes; des abcès sous-muqueux communiquant avec l'intestin par des ouvertures multipliées; des points gangréneux.

La lésion diminue à mesure que l'on s'éloigne de l'extrémité inférieure; les ganglions mésentériques, le foie et la rate, sont tuméfiés et ramollis.

L'altération du sang consiste dans une diminution de la fibrine et des globules, et une augmentation du sérum.

Etiologie. — Epidémique, contagieuse transportée de ville en ville par les régiments qui en sont infectés, la dysentérie est surtout une maladie des pays où sévit la fièvre intermittente; elle est plus grave dans les pays chauds; dans nos climats elle règne surtout pendant l'automne.

La cause occasionnelle la plus incontestée est le refroidissement. Les *excès* peuvent être l'occasion de la maladie. L'usage des *fruits* ne semble pas avoir d'influence fâcheuse.

Traitement. — *Traitement de la forme commune.* Au début, quand la fièvre est forte, ce qui est rare, *aconitum* est indiqué, mais il faut promptement le remplacer par l'un des médicaments suivants :

Capsicum annuum est le médicament principal de la dysentérie à sa période d'état : ténesme excessif, petites selles glaireuses et sanguinolentes, précédées et accompagnées de coliques ; ballonnement du ventre ; soif et frisson après chaque selle ; sentiment de défaillance pendant la selle ; faiblesse extraordinaire.

Mercurius vient sur la même ligne que *capsicum ; solubilis* et *corrosivus* ont été employés avec succès ; tous les deux correspondent aux selles dysentériques. *Solubilis* s'accompagne de *sueurs froides* avant la selle et de *chaleur* pendant la selle ; *corrosivus* correspond à des selles plus sanguinolentes, à un ténesme plus douloureux et à l'excoriation de l'anus.

Nux vomica convient dans la dysentérie avec selles mêlées de matière fécale dure et grand ténesme.

Colocynthis est indiqué par des coliques considérables, avec rougeur et chaleur de la face pendant les coliques ; par des selles dysentériques mêlées de mucus teint en vert foncé.

Colchicum. Selles très-fréquentes, peu sanguinolentes et très-fétides.

Ipeca convient quand les vomissements sont prédominants et aussi quand la perte du sang par les selles est considérable.

A une période plus avancée de la maladie, nous pouvons indiquer *phosphorus, arsenicum* et *carbo-vegetabilis.* Ces trois médicaments correspondent à ce symptôme si grave de la paralysie du sphincter, et les deux derniers au refroidissement asphyxique qui annonce et précède la terminaison par la mort. Un grand nombre d'observations cliniques prouvent l'efficacité d'*arsenicum* dans la dysentérie grave.

Nous retrouvons ces trois derniers médicaments, et principalement *arsenicum*, dans le traitement de la *forme maligne* de la dysentérie. *Secale cornutum* et *china* alternés ont donné de beaux succès dans les cas très-graves (Émery).

Quand cette forme revêt le type intermittent, *china* est indiqué, mais principalement le sulfate de quinine, qu'il ne faut pas hésiter à prescrire à forte dose.

Aloès est plus spécialement indiqué lorsque le rectum est très-affecté et le ténesme violent, et qu'il y a défaillance après chaque garde-robe.

Arnica. En partie à cause de ses rapports avec l'hémorrhagie, en partie à cause de son influence sur la fibre musculaire, l'*arnica* trouve une place dans le traitement de la dysentérie.

Collinsonia, dont la sphère d'action est le canal intestinal et particulièrement le *rectum*, et dont l'usage donne lieu à des coliques violentes dans la région hypogastrique avant ou après les selles et à beaucoup de ténesme, devra être employé plus fréquemment qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

Citons pour mémoire *Creosote*, *Leptandria virg.* et *Petroleum*, qui ont été indiqués et ont réussi dans certaines épidémies de dysentérie.

Podophillum est indiqué surtout quand il y a un *prolapsus* du rectum.

Les doses sont, en général, d'après ma pratique, les 3es dilutions. Dans un cas très-rebelle et très-intense, je me suis fort bien trouvé d'administrer 25 centigrammes de la 3e, puis de la 2e trituration d'arsenic dans 1/4 de lavement, qu'on répétait trois fois par jour.

L'état chronique demande principalement *arsenicum* et *china*, suivant le caractère de la diarrhée. *Argentum nitricum* a été prescrit avec succès en lavements et à forte dose. Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer ce moyen.

Le régime est fort important dans la dysentérie. La diète absolue ne convient que les premiers jours; on doit ensuite alimenter le malade. La *viande* très-peu cuite, ou même tout à fait crue, est la nourriture la plus convenable; elle doit être administrée aussitôt que l'appétit revient, même pendant la période d'état, et il faut persister si la viande, parfaitement digérée, n'occasionne pas de coliques et ne se retrouve pas dans les selles.

CHAPITRE IV

GRIPPE

C'est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse des voies respiratoires.

Tantôt très-bénigne, tantôt très-meurtrière, la *grippe*, décrite encore sous les noms de *bronchite épidémique*, *pneumonie épidémique*, *follettes*, *cocotte*, *petite peste*, *influenza*, atteint un très-grand nombre d'individus ; elle se propage très-rapidement, en sorte que quelques semaines lui suffisent pour faire le tour du globe.

Elle présente trois formes à étudier : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme maligne*.

I. Forme commune. — Il y a deux degrés ou variétés :

1. Variété légère. — La bronchite constitue ici l'affection principale ; elle débute par un mouvement fébrile très-intense, précédé de frissonnements très-marqués ; le pouls est large et mou ; la chaleur s'accompagne de tendance aux sueurs ; la courbature est considérable, avec rachialgie ; céphalalgie frontale intense, s'irradiant dans la face ; il y a une grande prostration.

En même temps coryza fluent, auquel succèdent rapidement le mal de gorge, avec enrouement ou aphonie ; puis la bronchite, caractérisée par une toux sèche et incessante.

Les symptômes généraux tombent le quatrième ou au plus tard le septième jour ; mais la faiblesse excessive, poussée jusqu'à la défaillance, l'anorexie et l'insomnie persistant encore quelquefois pendant bien des jours. Enfin les malades se lèvent ; ils recouvrent de l'appétit et du sommeil ; mais ils conservent une toux qui devient grasse, quinteuse, avec effort de vomissements, et même vomissements ; quelquefois épistaxis. Cette toux, qui ressemble à celle de la coqueluche, se prolonge plusieurs semaines ; l'expectoration

devient de plus en plus épaisse et colorée ; les quintes s'éloignent d'abord, diminuent ensuite et finissent par disparaître.

2° Variété grave. — L'affection pulmonaire est caractérisée, dans cette variété, par la bronchite capillaire, avec engouement des poumons et hépatisation disséminée. Cette variété débute souvent comme la précédente ; seulement, sous l'influence d'un refroidissement ou d'un excès, l'inflammation se propage aux petites bronches, et la première variété se transforme dans la seconde. D'autres fois, la gravité de la maladie apparaît dès le début. Le frisson est plus marqué, le mouvement fébrile est plus intense, une dyspnée notable, avec état vultueux de la face et une grande prostration, caractérisent déjà la maladie.

La période d'état s'établit habituellement dès le quatrième jour, quelquefois plus tard. Comme dans les maladies de la même classe, la chaleur fébrile est d'autant moins accusée que l'état est plus grave. Le pouls est mou, petit, intermittent: il y a une tendance à la sueur; la dyspnée est considérable, et c'est là le symptôme principal; la face est vultueuse et présente très-souvent une légère teinte asphyxique; la toux, très-fréquente, facile, amène une expectoration très-abondante de crachats puriformes très-épais, tenaces, quelquefois demi-solides.

Cette variété se termine souvent par *la mort*. La dyspnée fait des progrès ; il survient des accès de suffocation horribles ; et les malades périssent tout à coup dans un de ces accès, ou bien s'éteignent plus lentement dans l'asphyxie, par la réplétion des bronches.

Lorsque *la guérison* doit avoir lieu, la dyspnée diminue, ainsi que l'expectoration ; le sommeil et l'appétit reviennent.

Dans certaines épidémies, la forme commune se complique avec la diphthérie et avec les oreillons. La prédominance de l'otite, du coryza, de névralgies diverses, d'ophthalmies, impriment un caractère tout particulier à certaines épidémies.

Il faut savoir que la grippe est souvent la première étape de la phthisie pulmonaire.

II. Forme bénigne. — La durée est courte, l'affection locale de peu d'importance ; mais les symptômes généraux sont très-prononcés et hors de proportion avec les symptômes locaux.

Cette forme débute par de petits frissons, ou simplement par un peu de frilosité. Elle se caractérise par une courbature excessive, un affaiblissement considérable, une insomnie complète. La céphalalgie est considérable ; l'affection locale est tantôt le coryza, tantôt l'otite, tantôt le mal de gorge, ou le rhume ; d'autres fois, une névralgie ou une conjonctivite. Le mouvement fébrile se développe plus ou moins complètement, et la maladie se termine du quatrième au septième jour.

III. Forme maligne. Cette forme est fréquente dans certaines épidémies ; elle est caractérisée surtout par la sidération des forces et par le défaut de proportion entre les symptômes. L'affection habituelle de cette forme est la bronchite capillaire, avec engouement des poumons. Mais chaque épidémie revêt un caractère particulier, et quelquefois la mort survient avant que la lésion pulmonaire soit développée.

La maladie débute par un frisson violent et par un état fébrile bien accusé; la somnolence et le coma apparaissent dès le second jour ; il y a une extrême prostration ; la langue et la gorge se sèchent ; le délire survient; le pouls est petit, inégal, fuyant ; la respiration est composée de soupirs profonds. Les soubresauts des tendons, les lipothymies, l'asphyxie, les sueurs froides ; des crachats putrides et noirâtres ; quelquefois une diarrhée séreuse, abondante, involontaire; des œdèmes, des parotides, des gangrènes, caractérisent la grippe maligne à sa période d'état. La mort survient quelquefois dès le troisième jour, mais habituellement aussi le quatrième et le septième jour.

Lésions — Dans l'épidémie de Nantes on rencontra constamment une abondance de caillots fibrineux, durs, jaunâtres, remplissant complètement le ventricule et l'oreillette droite. Ces caillots se continuaient dans les veinee caves, mais surtout dans l'artère pulmonaire, qu'ils oblitéraient complète-

ment, remplissant toutes les ramifications comme une injection solidifiée. Dans le cœur gauche, il y avait moins de caillots.

Les bronches, entièrement remplies par un liquide mucoso-purulent, présentaient, ainsi que le tissu pulmonaire, tous les degrés de l'inflammation propre aux bronchites capillaires, jusqu'à l'hépatisation, disséminées en noyaux plus ou moins volumineux.

Étiologie. — Maladie épidémique, transmissible par contagion, et aussi à grandes distances, par l'atmosphère des malades, la grippe sévit en toutes saisons, mais moins fréquemment en été. L'*encombrement* est une condition qui la rend plus grave dans les casernes et dans les hôpitaux. Les refroidissements, les excès, mais surtout la fatigue, servent d'occasion à son développement.

Traitement. — *Aconit*, au début, *ipeca* et *bryonia* alternées, *tartarus emeticus* sont les principaux médicaments dans la *forme commune de la grippe*, et nous renvoyons à l'histoire du catarrhe pulmonaire pour l'étude des médicaments en particulier. Mais il ne faut pas oublier les caractères généraux de la grippe pour ne s'occuper que de ses caractères locaux, des symptômes des bronchites. A ces symptômes généraux correspondent *arsenic*, *china*, *camphora*.

Eupatorium perfol. Très-employé en Amérique contre la grippe, surtout quand les douleurs ostéocopes de cette maladie sont intenses.

Kali bichromicum d'après sa pathogénésie correspond assez bien aux symptômes de la grippe, contre laquelle il a été employé avec succès.

Camphora répond à l'extrême faiblesse, avec sentiment de défaillance, pâleur et froid mortels de la face, pouls petit et lent, alternant rapidement avec un état contraire, rougeur et chaleur de la face avec pouls fort et accéléré ; grande anxiété morale.

Arsenicum, l'insomnie, avec agitation anxieuse et envie de sortir du lit ; une grande faiblesse avec tendance à la défail-

lance, angoisse morale avec pressentiment d'une mort prochaine, dyspnée, accès de suffocation avec refroidissement et sueurs froides ; toux profonde, fatiguante, ébranlante ; toux par constriction dans le larynx ; expectoration de crachats très-visqueux caractérisant l'emploi de l'arsenic.

China répond à l'adynamie et à l'intermittence qui caractérisent certaines épidémies, la *sulfate de quinine* doit être prescrit à haute dose quand ces deux symptômes sont très-prononcés et que l'état du malade est menaçant.

CHAPITRE V

OREILLONS

Définition. — Maladie épidémique et contagieuse caractérisée par la fluxion aiguë des glandes salivaires et en particulier des parotides.

Les oreillons constituent une maladie essentielle, très-distincte de la parotite symptomatique. Cette dernière affection, commune à plusieurs maladies, est habituellement, mais non toujours, bornée à une seule parotide ; elle a une grande tendance à se terminer par la suppuration ou la gangrène.

Les oreillons débutent par des frissons avec vomissements, suivis d'un mouvement fébrile intense ; le pouls est large et fréquent ; en même temps il survient une fluxion douloureuse dans l'une des régions parotidiennes. Dès le lendemain, le gonflement de la parotide est apparent ; il augmente les jours suivants ; il est quelquefois très-douloureux. Le mouvement fébrile tombe le quatrième jour et la résolution commence ; dans les cas bénins la maladie se termine ainsi, mais le plus souvent la fièvre reparaît, l'autre parotide se prend, et la maladie se prolonge jusqu'au septième ou neuvième jour. A ce moment survient assez souvent un phénomène bizarre et très-douloureux : c'est la disparition rapide de la fluxion parotidienne, qui est remplacée par une fluxion sur les testicules

chez les hommes, sur les glandes mammaires, les grandes lèvres ou l'ovaire chez la femme. Quelquefois cette métastase est précédée pendant quelques heures de symptômes fort alarmants; mouvement fébrile intense, délire, état lipothymique, puis la fluxion se fait et tout rentre dans l'ordre. Cependant Hamilton a signalé une épidémie d'oreillons acccompagnée chez quelques sujets d'une méningite mortelle. Dans une variété plus bénigne la maladie ne s'accompagne même pas de fièvre. Quelquefois l'induration des glandes salivaires persiste huit et quinze jours après la disparition de la fièvre. Les *oreillons* s'indurent surtout chez les scrofuleux.

Etiologie. — Maladie épidémique, contagieuse, non inoculable et ne frappant ordinairement le même sujet qu'une seule fois dans sa vie, les oreillons sévissent dans les mêmes circonstances que la rougeole. La période d'incubation varie de huit à quinze jours.

Traitement. — *Solubilis* est le médicament généralement recommandé dans le traitement des oreillons. *Pulsatilla* et *hamamelis* sont indiquées par la métastase sur les testicules. *Apis mellifera* nous a rendu service dans un cas où des symptômes de méningite s'étaient montrés après la disparition des oreillons. Dans ce cas il faudrait encore songer à *belladona*.

Dans cette maladie j'ai employé les médicaments à la troisième dilution.

Dans les formes bénignes toute médication est superflue.

CHAPITRE VI

COQUELUCHE

La coqueluche est une maladie épidémique et contagieuse; elle est caractérisée, à sa période d'état, par des accès de toux quinteuse, composés d'un nombre considérable de petites expi-

rations, suivies d'une inspiration longue et sonore, et terminées par un effort de vomissement. Cette maladie est contagieuse; elle n'atteint qu'une seule fois le même individu pendant sa vie, elle est presque toujours épidémique.

Les médecins se sont surtout préoccupés des modifications imprimées à la coqueluche par l'influence épidémique plutôt que de l'étude *des formes* de cette maladie, en sorte que nous n'avons pas les éléments nécessaires pour décrire les formes de la coqueluche.

Nous avons observé fréquemment une *forme bénigne*, caractérisée par le petit nombre des quintes, et par une guérison rapide de la maladie. Existe-t-il une *forme maligne?* Nous ne pouvons trancher cette question, et les preuves nous manquent pour la discuter. Nous nous contenterons d'avoir mentionné la forme bénigne et nous décrirons la forme commune de cette maladie.

Forme commune. — Cette forme présente habituellement trois périodes : période d'invasion, période d'état et période de déclin.

Période d'invasion ou de bronchite. — La coqueluche débute comme le catarrhe pulmonaire aigu : toux sèche et incessante, coryza, larmoiement, enrouement; mouvement fébrile plus ou moins fort, revenant quelquefois sous le type tierce, puis la toux devient moins fréquente, en même temps qu'elle prend de plus en plus le caractère des quintes ; le mouvement fébrile tombe, et les malades arrivent à la deuxième période.

Cette première période a une durée habituelle de quinze jours; elle peut se prolonger plus d'un mois ou ne durer qu'une semaine; elle peut manquer complétement. Sa durée est d'autant moins longue que les enfants sont plus jeunes.

2e *période*. Période convulsive. — La quinte devient complète avec ses inspirations sonores et prolongées qui ne permettent pas de méconnaître la maladie quand on l'a observée une fois.

La quinte complète se compose de plusieurs accès séparés par cette inspiration, et elle ne se termine définitivement que lorsqu'elle a déterminé, dans un effort violent, un vomissement de crachats, de bile ou d'aliments. Pendant la quinte les enfants se redressent dans leur lit, se cramponnent aux objets ou aux personnes qui les entourent; leur face rougit fortement. Dans les fortes quintes les lèvres deviennent violacées, les yeux pleurent, le sang s'échappe par le nez, et il peut se produire des ecchymoses sous-conjonctivales. Après la quinte, l'enfant reste un instant accablé, puis il se remet complètement. Presque toujours les quintes sont annoncées par un sentiment de malaise, un chatouillement dans la gorge et quelquefois un râle trachéal perceptible à distance.

Les quintes durent un quart, une demi-minute, et jusqu'à deux minutes; leur nombre varie beaucoup; il y en a souvent vingt ou trente en vingt-quatre heures. J'ai observé un enfant qui avait des quintes tous les quarts d'heure; elles sont tantôt plus fréquentes la nuit, tantôt plus fréquentes le jour.

Quand la maladie commence à décroître, les quintes s'éloignent; elles décroissent en nombre, mais elles augmentent d'intensité; la toux devient plus grasse; les malades vomissent des crachats très-épais; puis les quintes deviennent moins fortes; elles s'éloignent encore, et les malades arrivent insensiblement à la troisième période. Cette période convulsive dure de six semaines à trois mois.

La 3e *période* est caractérisée par une toux catarrhale avec expectoration de crachats épais. Dans beaucoup de cas, elle se prolonge plusieurs mois, et alors il n'est pas rare de voir reparaître de loin en loin de véritables quintes de coqueluche. Quelques enfants, qui ont été fortement atteints, reprennent des quintes de coqueluche pendant plusieurs années toutes les fois qu'ils sont enrhumés. Telle est la marche de la coqueluche lorsqu'elle est exempte de complication. Sa *terminaison* est la guérison. Cependant, on cite quelques cas où la *mort* a eu lieu subitement pendant une très-forte quinte.

La *complication* la plus fréquente de la coqueluche est la

bronchite grave ou pneumonie lobulaire. Elle se développe le plus souvent pendant la seconde période, et, en dehors du traitement homœopathique, elle se termine souvent par la mort. Cette bronchite est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes et qu'ils ont eu la rougeole quelque temps avant la coqueluche.

Cette complication se reconnaît facilement au mouvement fébrile, aux modifications de la toux qui devient d'autant moins quinteuse que la bronchite est plus grave; enfin, aux signes fournis par l'auscultation.

Le spasme de la glotte et l'éclampsie sont encore deux complications de la coqueluche. C'est presque toujours dans la deuxième période qu'on les observe; elles sont extrêmement graves; Rilliet et Barthez disent qu'il est très-rare de sauver un enfant au-dessous de deux ans atteint de convulsions dans le cours de la coqueluche.

L'épistaxis pendant les quintes constitue rarement une complication sérieuse; ce fait s'est néanmoins produit quelquefois.

L'anasarque a été observée dans certaines épidémies. Sa marche et ses symptômes ressemblent à ceux de l'anasarque scarlatineuse; on n'a pas examiné les urines.

La coqueluche, comme la rougeole, est souvent suivie de phthisie, de méningite tuberculeuse ou d'une autre affection scrofuleuse.

Etiologie. — La coqueluche est *contagieuse* et souvent *épidémique;* elle règne fréquemment en même temps que la rougeole et que les oreillons; elle suit souvent, ou précède la rougeole chez le même malade; comme les fièvres éruptives et les oreillons, elle ne sévit qu'une fois chez la même personne. La coqueluche peut se développer à tout âge; cependant, c'est une maladie presque exclusivement propre à l'enfance. J'en ai vu un cas chez un enfant de 15 jours. Rilliet l'a observée le jour même de la naissance; mais la mère avait la coqueluche. Très-rare jusqu'à 6 mois, cette maladie est surtout fréquente depuis 1 an

jusqu'à 5. La prédisposition à la coqueluche n'est pas aussi fréquente que la prédisposition à la rougeole ; aussi beaucoup d'enfants échappent à la contagion, même étant frères et sœurs. Toutes les causes de rhumes peuvent être l'occasion du développement de la coqueluche.

La coqueluche est contagieuse tant que les quintes persistent.

La *dentition* est une circonstance fâcheuse, parce que c'est presque toujours chez les enfants en dentition que la coqueluche se complique de convulsions.

Traitement. — 1re *période.* — *Aconitum*, *belladona* et *ipeca*, sont les trois principaux médicaments de cette période. On trouvera leur indication au traitement de la bronchite.

2e *période.*—*Cina*, *drosera*, *belladona*, *veratrum*, *sulfur*, *cuprum* et *coccus cacti*, sont les médicaments de cette période. *Cina* est celui qui m'a le plus souvent réussi ; il est indiqué chez les enfants gros, rouges, scrofuleux par des quintes bien complètes et par un prurit nasal très-marqué. *Drosera* convient dans les mêmes circonstances ; les épistaxis pendant la quinte et les vomissements alimentaires excessifs feront préférer ce médicament. *Belladona* convient pour des quintes moins franches, quand le malaise qui précède la quinte est extrêmement marqué ; le médicament trouve surtout son emploi dans la période intermédiaire entre la première et la seconde. Je me suis souvent bien trouvé de donner *belladone* la nuit et *cina* le jour. *Veratrum* correspond à des quintes bien développées chez des enfants pâles et cachectiques ; la diarrhée précise encore l'indication de ce médicament. *Sulfur* a été vanté par un certain nombre de médecins homœopathes. *Cuprum* est un excellent médicament dans la coqueluche ; il convient aux quintes excessives avec menace d'asphyxie. Il m'a toujours réussi contre les complications convulsives si graves dans la coqueluche. *Cocus cacti* est indiqué par le caractère extrêmement spasmodique des quintes et par des urines pâles, claires et sans dépôt. On a encore préconisé *conium*, *ambra*, *corùlia*, *sepia* et *silicea*.

S'il survient une bronchite grave, *ipeca* et *bryonia* sont indiqués ; jusqu'à présent ils m'ont toujours réussi. J'emploie la 12e dilution.

Quand la *troisième période* commence, on se trouve quelquefois très-bien de *tartarus* et de *kermès*. C'est la troisième dilution que j'emploie pour tous les médicaments de la coqueluche, excepté pour le *cuprum* et le *coccus cacti* que je prescris habituellement à la 6e et quelquefois même à la 30e.

Je n'ai jamais expérimenté la respiration de l'air des usines à gaz ; je sais qu'il y a eu des guérisons et aussi des accidents graves.

Il est bon de sortir les enfants atteints de coqueluche dès la deuxième période, pourvu que le temps soit beau ; mais il faut se rappeler que la *bronchite grave* est la complication la plus redoutable de la coqueluche et que l'on doit éviter les refroidissements avec le plus grand soin. Le changement d'air et de pays n'agit favorablement que tout à fait à la fin de la deuxième période et pendant la troisième. Avant cette époque, il est sans action sur les quintes et expose les enfants à contracter des bronchites fort graves.

SIXIÈME CLASSE

NÉVROSES

GÉNÉRALITÉS ET CLASSIFICATION DES NÉVROSES.

Les maladies qui forment la classe des névroses ont pour caractère commun d'être constituées par des désordres de la vie animale et de n'atteindre qu'indirectement et à la longue les fonctions de la vie végétative.

Autrefois on définissait les **névroses**, une classe de maladie sans fièvre et sans *lésion*. Si nous devions adopter cette définition nous serions obligé de réduire à un très petit-nombre la classe autrefois si nombreuse des névroses, et chacun des progrès de l'anatomie pathologique aurait pour résultat la diminution du nombre de ces maladies jusqu'à ce que la classe entière disparût. Nous estimons cependant qu'il y a avantage à conserver cette famille morbide créée par Cullen et respectée jusqu'à nous; c'est pourquoi nous avons préféré modifier la définition traditionnelle plutôt que d'éparpiller aux chapitres des affections du cerveau et de la moelle épinière, des maladies qui ont, malgré tout, des caractères communs, et qui se rattachent toutes les unes aux autres par leurs causes et par leurs symptômes, qui, en un mot, constituent une classe naturelle.

Comment, m'objectera-t-on, traitez-vous dans le même chapitre de l'*hystérie*, maladie essentiellement généralisée et sans lésion, et l'*ataxie locomotrice* si manifestement rattachée par la sclérose des cordons postérieurs aux affections de la moelle épinière, la *catalepsie* et la paralysie progressive, labio-glosso-laryngée, etc., etc.?

Sans doute si on prend les individus extrêmes d'une classe, on trouvera entre eux de profondes différences, il en est de même en histoire naturelle; mais au contraire, si on prend les espèces voisines, on arrivera d'échelon en échelon de l'hystérie

à l'ataxie locomotrice, de la catalepsie à l'atrophie musculaire progressive. Comment séparer l'histoire de l'hystérie de celle de l'hypochondrie et de celle de la folie? et comment aussi ne pas réunir dans la même classe l'hystérie et l'épilepsie qui produiront quelquefois une hybride l'*hystéro-épilepsie*? la folie et la paralysie générale ayant toutes les deux pour symptôme commun l'*aliénation* et toutes deux traitées dans les *asiles*? Si de l'hystérie vous allez sans difficulté à la chorée, à la catalepsie, à l'extase; de épilepsie, à l'éclampsie, n'allez-vous pas encore avec plus de facilité de la paralysie générale caractérisée anatomiquement par l'inflammation chronique des couches corticales du cerveau, à l'ataxie locomotrice et aux paralysies caractérisées par la sclérose de la moelle épinière?

Est-ce que les circonstances étiologiques qui développent les névroses ne sont pas identiques? La surexcitation du système nerveux par les excès, les chagrins, les passions ne sont-elles pas les causes banales de toutes les névroses?

Enfin, et cet argument a une grande valeur, toutes les névroses peuvent s'engendrer les unes les autres. Les enfants des hystériques peuvent être fous, hypochondriaques, ataxiques, cataleptiques, choréiques, etc.; il en est ainsi de chacune des névroses qui peuvent engendrer une quelconque des maladies de la classe; c'est là un fait d'une importance pratique considérable et qui, à lui seul, suffirait pour démontrer que la classe des névroses est parfaitement naturelle.

Nous définissons donc les *névroses* une classe de maladies habituellement apyrétiques et à marche très-chronique, avec ou sans lésions; mais caractérisée, par un trouble des fonctions du système nerveux, troubles de la sensibilité, du mouvement, des facultés mentales.

Comme on le voit, les névroses sont surtout caractérisées par des troubles de la *vie animale*, et elles n'atteignent qu'indirectement et à la longue les fonctions de la vie végétative. Nous établirons pour les névroses quatre sous-divisions :

I. *Névroses mentales :*

Hystérie } extase,
Somnambulisme } catalepsie,
acrobatisme,
Hypochondrie,
Folie,

II. *Névroses mentales avec lésion définie et troubles du mouvement :*

Démence,
Epilepsie,
Paralysie générale.

III. *Névroses avec troubles des mouvements et de la nutrition ; scléroses du tissu nerveux, principalement de la moelle épinière :*

Sclérose en plaques,
Ataxie locomotrice,
Paraplégie,
Crampe des écrivains,
Atrophie musculaire progressive,
Paralysie labio-glosso laryngée,
Sclerodermie,

IV. *Névroses avec troubles des mouvements sans lésions bien déterminées :*

Eclampsie,
Tétanos,
Contracture des extrémités,
Chorée,
Paralysie agitans, tremblement sénile.
Crampe,

Dans cette classification nous avons réuni les espèces qui ont entre elles le plus d'analogie. Nous ferons remarquer que notre classification présente, comme toutes les classifications naturelles ce caractère que la dernière espèce d'une série a de grandes

analogies avec la première espèce de la série suivante : *natura nunquam fecit saltus.* Ainsi la *folie*, qui constitue la dernière espèce de la première série, se rattache par mille analogies à la *démence* qui est inscrite la première dans la seconde série. La *paralysie générale* et la *sclérose en plaques*, la *crampe des écrivains* et la *tétanie* donnent lieu aux mêmes considérations.

Les analogies présentées par les espèces réunies dans une même classe nous ont paru très-naturelles, et pour cela il suffit de jeter un regard sur le tableau qui précède. L'*atrophie musculaire progressive* et l'*éclampsie* seules ne semblent pas à leur place, mais il était difficile de les faire rentrer dans d'autres classes. L'*atrophie musculaire progressive*, caractérisée par une lésion inflammatoire des cornes antérieures, semble appartenir légitimement aux *affections de la moelle épinière*, mais d'un autre côté cette affection complique si souvent l'*ataxie locomotrice* et la *sclérose en plaques*, qu'il était difficile de séparer son histoire de celle de ces deux névroses. J'ajoute que si, dans une classification, on avait seulement égard à la lésion, toutes les névroses qui s'accompagnent d'une lésion définie devraient être rattachées aux affections de la moelle épinière ou du cerveau, et nous avons donné les raisons d'une importance nosologique considérable qui nous portaient à conserver la classe des névroses et par conséquent à modifier la définition traditionnelle de cette classe de maladie.

Quant à l'*éclampsie*, il est extrêmement probable que des recherches plus complètes sur les *convulsions des enfants* et sur celle des *femmes en couche ou enceintes* ne permettront pas de la conserver comme espèce morbide et la rattacheront définitivement à l'histoire de l'*urémie*. Mais un *Traité de médecine pratique* n'est point précisément un livre d'opinion et d'aventure, et il nous asemblé utile de consacrer encore aujourd'hui un chapitre spécial à des accidents aussi fréquents et aussi graves que ceux connus sous le nom d'éclampsie.

1re Sous division.— Névroses mentales. Ces névroses sont caractérisées par un trouble des facultés intellectuelles et affectives et par l'absence d'une lésion définie. Cette sous-division renferme quatre espèces : l'*hystérie*, le *somnambulisme* et ses variétés, l'*hypochondrie* et la *folie*.

CHAPITRE PREMIER

HYSTÉRIE

L'hystérie est une maladie de l'ordre des névroses presque exclusivement propre au sexe féminin, et caractérisée par la multiplicité de ses affections, dont les plus significatives sont l'impressionnabilité excessive, la boule hystérique, les analgésies et les hyperesthésies.

L'impressionnabilité excessive, les hyperesthésies, les analgésies et la boule hystérique ne sont pas les phénomènes les plus apparents, les plus considérables de l'hystérie ; mais cependant nous les énumérons dans la définition de la maladie, parce qu'ils sont les plus caractéristiques et qu'ils séparent nettement l'hystérie des autres névroses.

Nous avons soutenu longtemps l'opinion que l'hystérie était une maladie exclusivement propre au sexe féminin ; mais deux faits que nous avons pu observer dans tous leurs détails ont modifié notre opinion ; car ces deux faits appartiennent à la forme commune de l'hystérie convulsive. L'analgésie, l'impressionnabilité excessive, la boule hystérique et surtout des convulsions générales avec cris, hurlements, pleurs, rires et conservation complète de la connaissance, longue durée des accès ne permettaient pas de confondre cet état morbide avec le somnambulisme, l'épilepsie ou certains empoisonnements saturnins. Nous admettons donc que l'hystérie peut se montrer chez l'homme.

Comment après cela conserver le nom d'*hystérie* à cette maladie ? Par cette raison péremptoire que si on voulait changer

tous les noms de maladies dont le sens propre et étymologique est absurde, il faudrait faire une nouvelle *nomenclature*, ce qui aurait encore plus d'inconvénient que la conservation de noms traditionnels qui ne valent que par leur définition.

Division. — L'hystérie se présente sous quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme convulsive* et la *forme grave*.

Plusieurs de ces formes presentent à étudier comme variété des sous-divisions importantes.

I. Forme commune. — Cette forme est ainsi nommée, parce que c'est elle que l'on rencontre le plus fréquemment, et aussi parce que, présentant réunies presque toutes les affections hystériques, elle offre, plus que toutes les autres formes, une image complète de la maladie.

Les hystériques présentent dès leur enfance certaines dispositions qui permettent de prévoir à l'avance le développement de la maladie; et, comme cette prévision est d'une importance capitale au point de vue de la prophylaxie, nous allons exposer avec le plus grand soin les signes de la disposition hystérique.

M. Briquet a dit avec raison que ce qui constituait le tempérament hystérique était *la prédominance de l'élément affectif*. Ces malades, encore tout enfants, sont impressionnables à l'excès; elles sont vives, affectueuses, et trop démonstratives dans leurs affections; si elles pleurent, c'est jusqu'aux larmes et à la suffocation ; si elles s'irritent, c'est jusqu'à la fureur et au tremblement ; leur joie s'accompagne d'exclamations folles, de larmes et de rires inextinguibles. Elles s'effraient facilement et se trouvent mal pour un rien ; elles déploient dans leurs jeux une imagination extraordinaire, même chez des enfants ; leur sommeil est léger, souvent interrompu ; elles ont des rêves lucides et des accès de somnambulisme.

Les facultés intellectuelles ne présentent pas de caractère particulier chez les enfants et les jeunes filles prédisposées à l'hystérie; elles peuvent avoir un esprit très-borné ou une

intelligence très-étendue. Les facultés animales ou sensibles sont seules développées à l'excès.

Quelques auteurs ont cru trouver dans l'apparence physique des signes de la prédisposition hystérique ; mais ils s'accordent peu sur la description de ces signes.

Pour nous, une constitution délicate, même un peu frêle, une grande vivacité dans les mouvements, une certaine énergie musculaire, avec une faiblesse apparente, tels sont les caractères physiques des enfants prédisposées à la *forme commune* de l'hystérie. Nous verrons, en traitant de la *forme convulsive*, que les filles qui sont atteintes de cette forme présentent souvent des caractères physiques tout opposés.

Quand l'hystérie débute avant l'âge de 7 ans, elle commence presque toujours par une attaque convulsive, même quand les malades doivent être atteints de la forme commune ; d'autres fois c'est par des gastralgies ou des céphalalgies, qui dès lors revêtent des caractères tout particuliers, et sur lesquels nous insisterons en décrivant les *affections hystériques* ; mais, le plus souvent, c'est à l'approche de la puberté et au moment de la première menstruation que l'hystérie, latente jusqu'à ce jour, éclate et se constitue par le développement simultané de la plupart de ses symptômes.

Les malades présentent alors à étudier deux états distincts : hystérie pendant l'attaque, hystérie hors du temps des attaques.

Hystérie pendant l'attaque. — Dans la forme commune de l'hystérie, les attaques sont constituées par le retour, à des périodes habituellement longues et irrégulières, d'un ensemble de symptômes qui apparaissent rapidement, se continuent pendant quelques heures et disparaissent ordinairement après une crise par les larmes ou par des urines aqueuses et abondantes. Chaque attaque se compose le plus souvent d'une suite d'accès séparés par des rémissions plus ou moins complètes ; les attaques sont convulsives ou ne le sont pas.

Attaques non convulsives. — A propos d'une impression morale vive, quelquefois d'une frayeur, plus souvent d'un cha-

grin violent, à l'époque des règles surtout, la malade est prise d'accidents variables, mais dont les principaux sont les suivants : dyspnée avec suffocation et sanglots, sentiment de constriction à la gorge, palpitation extrêmement violente, agitation avec tremblement des membres, exaltation des facultés intellectuelles et principalement de la sensibilité et de l'imagination, flux de paroles entrecoupées de sanglots. Le langage est facile, l'expression est recherchée et le discours empreint d'un caractère d'élévation relative incontestable. Au milieu de ce désordre, surviennent des accès de rire et de pleurs involontaires. En même temps, les malades éprouvent des douleurs souvent excessives. La tête, la région du cœur, l'ovaire et l'épigastre, sont le plus souvent le siége de ces douleurs; mais, quel que soit leur siége, elles s'aggravent par la pression, qui suffit presque toujours à rappeler l'accès lorsque la rémission est déjà commencée.

Après une durée d'un quart d'heure, d'une demi-heure, tous ces symptômes diminuent pour reparaître encore, et constituer ainsi, par leur retour et leur disparition, une série d'accès dont l'ensemble compose l'attaque hystérique, attaque hystérique qui se termine presque toujours par une évacuation critique. Le plus souvent cette évacuation consiste dans l'excrétion extrêmement abondante d'une urine limpide comme de l'eau.

Attaques convulsives. — Nous l'avons déjà dit, dans la *forme commune* l'hystérie présente accidentellement des *attaques convulsives*. Dans ce cas, les malades conservent presque toujours leur connaissance, et les convulsions n'atteignent jamais le degré de violence qu'on observe dans la forme convulsive. Quant à leur caractère de convulsions hystériques, nous aurons à le décrire à propos de la forme dans laquelle elles se montrent comme symptôme principal.

Hystérie en dehors des attaques. — Les attaques que nous venons de décrire reviennent à des intervalles très-irréguliers; et souvent, après avoir été fréquentes pendant un temps, elles s'éloignent de plus en plus et finissent par disparaître complètement. Seulement, les malades conservent tou-

jours la faculté de retomber dans la phase des attaques fréquentes, et pour cela il suffit d'une plus grande intensité dans l'action des causes occasionnelles. Ainsi, des chagrins prolongés, l'affaiblissement résultant d'une longue maladie, un changement d'état, suffisent pour faire reparaître chez les hystériques des attaques fréquentes, même lorsque ces attaques ont cessé depuis plusieurs années.

Dans l'intervalle des attaques, les hystériques présentent un état fort complexe à étudier. Les affections qui prédominent chez chacune d'elles donnent à la maladie des caractères variables à l'infini, et c'est avec quelque raison que les auteurs comparent l'hystérie à un protée qui peut prendre la ressemblance de toutes les maladies. Tantôt la prédominance des affections gastriques rapproche l'hystérie des affections organiques de l'estomac; chez d'autres malades, la toux et la dyspnée font craindre une phthisie commençante; de violentes palpitations et des douleurs à la région du cœur rappellent chez quelques-unes les caractères propres à la cardite chronique; des douleurs violentes, toujours fixées sur le même organe, simulent jusqu'à un certain point les phlegmasies les plus diverses : néphrite, cystite, arthrite, phlegmons profonds des membres; enfin des paralysies, des convulsions, des contractures, des céphalalgies et des rachialgies atroces se réunissent et se groupent quelquefois de telle façon, qu'elles donnent à la maladie l'aspect d'une affection du cerveau ou de la moelle épinière.

Mais, au milieu de ces troubles si divers, au-dessus des modifications si multipliées imprimées par ces affections différentes, la maladie subsiste et se manifeste par un fond commun et presque identique chez toutes les malades. Les fonctions de la vie animale, qui pendant longtemps sont presque exclusivement atteintes dans l'hystérie, présentent constamment le même désordre, et les affections elles-mêmes, si différentes qu'elles soient par leurs siéges, offrent toutes des caractères communs et un air de famille qui permet de les classer et de les désigner sous le nom d'affections hystériques. Parmi les fonctions de la vie animale, les sens internes sont ceux qui sont le plus généralement et le plus profondément atteints. Le trou-

ble des sens internes consiste dans le développement anormal des facultés affectives et dans une impressionnabilité extrême. De leur côté, les sens externes, la contractilité musculaire et la sensibilité générale présentent des troubles nombreux, mais qui peuvent rentrer dans deux ordres opposés l'un à l'autre. Tantôt c'est une sorte de surexcitation de ces fonctions : l'œil voit mieux, l'ouïe est plus fine, la sensibilité est portée jusqu'à la douleur; tantôt, au contraire, c'est la paralysie complète ou incomplète qui existe simultanément avec l'état précédent ou qui lui succède.

Si variés que soient les symptômes de l'hystérie, ils peuvent donc être ramenés, en dernière analyse, à des troubles parfaitement définis de la vie animale; mais sur ce canevas toujours le même, dans ce cadre toujours identique, les influences tirées des idiosyncrasies, de l'éducation, de la position sociale et de toutes les circonstances étiologiques viennent dessiner des tableaux qui diffèrent avec chaque malade; aussi est-il difficile de faire une description qui s'applique à tous les cas. Cependant on peut dire que toujours l'hystérique sent trop vivement et exprime trop vivement aussi ce qu'elle a ressenti. De là ces pleurs, ces désespoirs pour des riens, ces rires et cette joie folle pour des bagatelles; de là encore un langage toujours empreint d'exagération et prenant facilement une légère teinte déclamatoire. Ces malades ne parlent que de carrière brisée, d'affection méprisée, de maux affreux et incurables, de mort prochaine, de douleur, de tortures dont personne ne peut se faire une idée. A les entendre, leur dévouement est sans limite, le courage qu'elles mettent à supporter les longues souffrances de la maladie est un courage surhumain. Ces malades font le désespoir de leurs parents par leurs exigences, leurs plaintes continuelles, leurs caprices sans fin. Elles tourmentent leur médecin par leur peu de docilité et par leur inconstance qui les fait passer d'une confiance et d'une admiration sans bornes à la défiance et au dédain le plus accentué. Alternativement agitées ou plongées dans une sorte d'affaissement, elles passent d'une vie trop active à une existence complètement inerte.

Faibles en apparence, se traînant nonchalamment, ayant à

peine la force de parler, elles retrouvent à l'occasion un entrain et une vigueur dont serait incapable une personne en santé. Le sommeil de ces malades est rarement calme ; des rêves pénibles, quelquefois lucides, prophétiques, des réveils fréquents, en forment le caractère habituel.

L'appétit est rarement régulier; quelquefois il est très-vorace ; d'autres fois il existe une inappétence complète, et ces deux états opposés s'observent tantôt chez des malades différentes, tantôt ils alternent chez la même malade.

Les digestions sont variables comme l'appétit; la constipation est presque constante.

Pendant longtemps les médecins ont enseigné, et cette opinion a encore aujourd'hui quelques partisans, que l'hystérie reconnaissait pour cause prochaine des désirs vénériens non satisfaits; rien de plus faux que cette explication que nous ne devons examiner ici qu'au point de vue des symptômes offerts par les malades. Les hystériques, en effet, présentent sous le rapport des fonctions génitales la même diversité d'état que nous avons signalé pour les autres fonctions. Ainsi, quelques-unes, il est vrai, ont une grande propension à l'amour physique; mais d'autres, et nous croyons que c'est le plus grand nombre, présentent un état opposé; et, comme chez ces malades tout est excessif, ce n'est pas de l'indifférence qu'elles ont pour l'accomplissement des fonctions sexuelles, mais un éloignement porté jusqu'à la répulsion et aû dégoût.

Habituellement les hystériques sont réglées très-jeunes, les époques avancent et l'écoulement du sang est abondant. Mais il n'est pas rare d'observer une aménorrhée plus ou moins complète.

Nous avons dit précédemment que les affections hystériques présentaient toutes certains caractères communs qui permettaient de les reconnaître comme appartenant à la même maladie. Ces caractères communs sont la mobilité, la faculté d'apparaître et de disparaître instantanément, une dépendance presque exclusive des causes de l'ordre moral, la possiblité d'exister pendant de longues années sans déterminer la lésion organique. L'absence de fièvre est un signe négatif d'une grande

importance pour distinguer les affections hystériques, des affections organiques qu'elles simulent si bien.

La maladie constituée par l'ensemble des symptômes dont nous venons de donner le tableau, marche et se prolonge pendant des années avec des attaques plus ou moins rares, plus ou moins fréquentes, et des affections qui troublent à des degrés divers les grandes fonctions de l'économie. Le plus souvent, sous l'influence du traitement, de l'hygiène surtout et des phénomènes d'âge, la maladie s'affaiblit considérablement et disparaît, ne laissant plus guère comme trace de son passage qu'une grande impressionnabilité. D'autres fois, elle persiste avec toute son intensité jusque dans la vieillesse la plus avancée. Plus rarement enfin la maladie s'aggrave et la malade tombe dans la *cachexie*. Cette fâcheuse terminaison se produit lorsque les affections hystériques, soit par leurs siéges, soit par les douleurs excessives qui les accompagnent, empêchent le sommeil et la nutrition. Alors les fonctions de la vie végétative sont atteintes et la cachexie commence. Elle débute toujours par de l'anémie. Cette lésion du sang entraîne la pâleur, l'essoufflement et une tendance aux hémorrhagies et aux hydropisies, qui se manifestent surtout à la fin de la maladie ; l'amaigrissement se prononce et fait des progrès assez lents d'abord, plus rapides ensuite; les forces diminuent en même temps ; l'exercice devient pénible, fatigant et bientôt impossible; les malades gardent presque constamment la chambre, et ce défaut d'exercice est une nouvelle cause d'aggravation de leur état.

Dans la forme commune, la marche des accidents est toujours lente : elle procède par des aggravations irrégulières et des périodes quelquefois très-longues, pendant lesquelles l'état reste stationnaire, ou même offre des améliorations plus ou moins marquées; aussi il est très-rare d'observer une terminaison par la mort. Seulement cet état cachectique est très-favorable au développement de certaines maladies, en particulier de la *phthisie*, qu'un préjugé trop répandu considère comme incompatible avec les affections nerveuses. Quelquefois cependant la cachexie se développe de plus en plus ; les malades gar-

dent le lit; privées de sommeil et d'alimentation, elles deviennent d'une maigreur squelettique, l'œdème se montre ou augmente, des taches de purpura apparaissent sur les membres, des eschares se montrent au sacrum, et la mort survient le plus souvent dans une syncope.

Les principales *affections hystériques* que l'on rencontre dans la forme commune sont : l'*aliénation mentale*, les *douleurs*, les *paralysies*, l'*ataxie locomotrice*, la *chorée*, les *contractures*, la *catalepsie*, l'*extase*, le *somnambulisme*, la *léthargie* et le *carus*, le *spasme de la glotte* et du *diaphragme*, les *spasmes des sphincters*, l'*aboiement*, la *dyspnée*, la *toux*, les *palpitations*, les *syncopes*, le *goût dépravé*, les *vomissements*, l'*anorexie*, l'*abstinence prolongée*, les *exhalations gazeuses* et *les flux*.

Nous décrirons seulement les *paralysies* et les *hyperesthésies* qui sont d'une si grande importance dans le diagnostic de l'hystérie et qui ne trouveraient point leur place ailleurs. Quant aux autres *affections* hystériques, elles trouveront leur place soit à propos d'autres névroses comme la folie, le somnambulisme, la chorée qui existent comme maladies essentielles et comme affection hystérique, soit à propos de *maladies localisées* affections du cerveau, des organes respiratoires ou digestifs, etc., etc.

Hyperesthésies ou *affections douloureuses*. — Les affections douloureuses sont extrêmement variées dans l'hystérie ; elles peuvent être divisées en hyperesthésie de la peau, des muqueuses, des muscles, des nerfs et des articulations.

1° Hyperesthésie de la peau. — Elle est surtout manifeste après les attaques ; elle peut occuper toute l'étendue de l'enveloppe cutanée, la moitié du corps ou seulement des points limités. Quand elle n'est pas universelle, l'hyperesthésie est plus fréquente du côté gauche.

2° Hyperesthésie des membranes muqueuses. — Elle n'a guère été observée qu'à la région génitale; elle persiste quelquefois dans ce point pendant de longues années, résiste opiniâtrement à tous les traitements, et chez certaines femmes

rend l'union sexuelle tout à fait impossible; elle a été décrite sous le nom de *vaginisme*.

3° Hyperesthésie des muscles. — Cette affection douloureuse des muscles est constante dans l'hystérie; et, avant M. Briquet, elle était souvent confondue avec des névralgies et des viscéralgies.

Ces douleurs peuvent occuper tous les muscles, mais elles ont cependant des siéges de prédilection : l'épigastre, les muscles intercostaux, ceux de la gouttière vertébrale à la région cervicale, surtout du côté gauche.

A la tête, l'hyperesthésie des muscles simule des céphalalgies occipitales et frontales, et même, à un examen inattentif, elle peut être confondue avec des névralgies de la cinquième paire.

4° Hyperesthésie des nerfs et des viscères. — Ce sont les névralgies et les viscéralgies hystériques.

Les principales névralgies hystériques sont les névralgies de la cinquième paire et celle des nerfs intercostaux ; ce qui les distingue des myalgies, c'est, d'une part, de siéger sur le trajet des nerfs et, de l'autre, de présenter les points douloureux précisés par Valleix (1); elles sont périodiques ou continues. Chez un certain nombre d'hystériques, elles constituent l'affection principale.

Les viscéralgies constituent les céphalalgies, les gastralgies, les entéralgies, les néphralgies, les cystalgies et les hystéralgies hystériques. La céphalalgie et la gastralgie sont incomparablement plus fréquentes que les autres viscéralgies.

L'hystéralgie est rare au corps de l'utérus ; elle est plus fréquente au col et présente dans ce cas un point extrêmement douloureux au toucher ; ce point très-limité est habituellement situé du côté gauche.

Paralysies. — Les paralysies hystériques se divisent en paralysies du sentiment, paralysies des sens et paralysies du mouvement.

(1) Valleix, Traité des névralgies, 1841.

1° Paralysies du sentiment.—Ce symptôme présente deux degrés : l'*analgésie* ou la perte de la faculté de sentir les impressions douloureuses, et l'*anesthésie* ou la paralysie complète du sentiment.

A. Analgésie. — La perte de la faculté de percevoir la douleur est un symptôme constant de l'hystérie. Seulement ce symptôme existe dans d'autres maladies, dans les névralgies, par exemple, et cette circonstance lui ôte sa valeur diagnostique.

L'analgésie, toujours plus marquée après une attaque, peut occuper toute les muqueuses accessibles à nos investigations ; elle peut, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, être circonscrite à des points très-limités. Le moyen de constater ce symptôme consiste à enfoncer lentement une épingle ou une aiguille dans les différentes régions où on est certain de le rencontrer ; et, quand l'analgésie existe seule, sans complication d'anesthésie, la malade sent parfaitement un corps pointu s'enfoncer dans la peau, mais elle n'en éprouve aucune douleur. Souvent l'analgésie est limitée à la face superficielle du derme, et la malade, qui n'a éprouvé aucune douleur d'une piqûre superficielle, recouvre la faculté de percevoir la douleur quand l'aiguille atteint la couche profonde de la peau.

L'analgésie occupe des régions déterminées : les joues, la partie latérale du cou, les avant-bras surtout; mais le point où on rencontre constamment ce symptôme, et où nous avons l'habitude de le chercher tout d'abord, pour éviter aux malades des investigations désagréables, c'est la conjonctive oculaire, et en particulier la conjonctive de l'œil gauche. On est surpris de l'insensibilité de cette membrane, sur laquelle on peut promener soit une tête d'épingle, soit un corps mousse quelconque sans que les malades perçoivent la moindre sensation.

Un moyen beaucoup plus sûr de constater les troubles de la sensibilité cutanée chez les hystériques consiste à rechercher quel doit être l'écart des deux branches d'un compas pour que les malades perçoivent nettement la sensation des deux pointes appliquées sur la peau de l'avant-bras ; à l'état normal cet écart est de deux à trois centimètres, avec un écart moindre

on ne perçoit qu'une piqure bien que les deux pointes soient appliquées également sur la peau. Chez les hystériques il faut souvent que l'écartement soit porté à 6 ou 8 centimètres pour qu'elles aient la sensation nette des deux piqures.

Un autre signe de l'hystérie puisé dans le même ordre de symptôme est la perte de la *nausée réflexe*. Chez l'homme sain le doigt porté dans la gorge provoque des nausées et même des vomissements; cette nausée réflexe n'existe plus chez les hystériques.

B. Anesthésie. — L'anesthésie est un degré plus avancé du symptôme précédent; il occupe habituellement des régions déterminées, et se montre souvent sous forme d'*hémi-anesthésie*. Comme le précédent, il est plus marqué après une attaque d'hystérie. Ce symptôme peut être borné à la peau et aux muqueuses ; mais, dans les cas intenses, il atteint les muscles et les os eux-mêmes. Alors, les pressions les plus fortes et les chocs les plus violents ne sont plus perçus par les malades.

Ce symptôme, quand il siége sur les extrémités inférieures, entraîne des désordres du mouvement qui ont une grande analogie avec l'*ataxie locomotrice*. Les malades, ayant perdu complétement le sentiment du contact, ne peuvent plus guider leur marche par les impressions que le sol communique à la plante du pied, et le sens de la vue est absolument nécessaire à la régularité des mouvements. De là une impossibilité ou une difficulté extrême à marcher; des mouvements saccadés, désharmoniques, tantôt forts, tantôt faibles ; et une perte complète de l'équilibre dans l'obscurité. Des désordres analogues ont lieu pour les mouvements exécutés par les mains, quand l'anesthésie siége aux membres supérieurs, et les malades deviennent maladroites et sont dans l'impossibilité d'exécuter aucun mouvement combiné quand elles sont privées du sens de la vue. Quand l'anesthésie est générale, on peut, après avoir bandé les yeux des malades, les enlever de leur lit et les coucher sur le plancher de leur chambre, sans qu'elles s'aperçoivent ni du mouvement de locomotion, ni de la différence de résistance et de température du lieu où on les a couchées.

C. Perte de la conscience de la contraction musculaire. — Ce symptôme est toujours lié au degré le plus élevé de l'anesthésie du tissu musculaire.

La perte de la conscience de la contraction musculaire, jointe à l'anesthésie complète, met les malades dans un état bizarre et fort curieux à étudier. Ainsi, il ne reste à ces malades absolument que le sens de la vue, non-seulement pour guider leurs mouvements, mais pour les assurer que la contraction a eu ou n'a pas eu lieu ; et, si on les prive momentanément de la vue, non-seulement on les met dans l'impossibilité de marcher ou d'exécuter le moindre mouvement coordonné, mais encore on a ce spectacle d'une malade qui croit exécuter des mouvements, tandis qu'elle reste dans l'immobilité complète. Dit-on à cette malade de serrer la main, elle croit la serrer, en effet, tandis que ses doigts restent étendus et immobiles. Si, lui rendant la vue, on lui dit de nouveau de serrer la main, elle regarde et exécute le mouvement demandé; mais, si, la privant de nouveau du seul sens qui guide les contractions, on lui dit de lâcher la main qu'elle tient serrée, elle croit obéir à cet ordre et ouvrir les doigts, tandis qu'elle reste immobile dans la contraction, et y resterait indéfiniment, car l'anesthésie complète s'accompagne toujours de la perte de perception de la fatigue musculaire. Un moyen mathématique de constater la perte de la conscience de la contraction musculaire consiste à faire soulever un poids déterminé par la main ou par le pied chez la malade dont les yeux sont préalablement fermés. Quand le symptôme est très-marqué les malades ne distinguent point un poids d'une livre d'un poids de dix livres, par exemple.

Il nous resterait à parler des *paralysies du mouvement* et des *paralysies des sens* qui trouveront leur place dans d'autres chapitres.

II. Forme convulsive. — Le caractère de cette forme est d'être constituée par des attaques convulsives ; ces attaques, qui s'accompagnent de la perte plus ou moins complète de la connaissance, reviennent tantôt après des périodes régulières, tantôt après des périodes irrégulières.

Les hystériques atteintes de la forme convulsive présentent un tout autre type que celles qui sont prises de la forme commune. Ce sont de grosses filles brunes ou blondes, mais bien colorées et ayant quelque chose de l'apparence virile.

Cette forme débute ordinairement à l'époque de la puberté et finit à celle de la ménopause. Elle n'offre point cette multiplicité d'affections que nous avons étudiées à propos de la forme commune, et, dans les intervalles des attaques, les malades ne présentent qu'en très-petit nombre les souffrances nerveuses qui constituent une partie si considérable des autres formes de l'hystérie. Cette forme présente deux variétés : l'*hystérie convulsive* et l'*hystérie épileptiforme*.

1re *variété*. — Hystérie convulsive. *Prodrome des attaques*. — Les attaques convulsives peuvent survenir tout à coup à propos d'une frayeur, d'un sentiment pénible, à la vue d'une souris, d'une grenouille, de ce qu'on appelle *la bête d'aversion*. Mais quand les attaques sont périodiques, elles surviennent sans causes occasionnelles et sont précédées de malaises divers. Ces prodromes sont de la tristesse, une sorte d'inquiétude et d'impressionnabilité plus grande.

Les malades qui, lorsqu'elles sont éloignées du moment des attaques, ont à peine quelques traits des souffrances nerveuses les présentent alors à un haut degré. Leur sommeil est troublé, plein de rêves lucides et effrayants ; elles éprouvent de la dyspnée, de la constriction à la gorge, des éructations, un gonflement à l'épigastre ; et, comme signe très-prochain de l'attaque, de la céphalalgie et des vertiges. Il n'est pas rare d'observer une véritable *aura hysterica* ; elle part le plus souvent de l'épigastre, de l'hypogastre ou d'une extrémité ; elle donne presque toujours la sensation d'une *boule* qui remonte vers la gorge des malades, et, une fois là, les suffoque et leur fait perdre connaissance. La marche de cette *aura* est habituellement rapide, mais elle n'est jamais fulgurante comme dans l'épilepsie.

La perte de connaissance accompagnée d'un et le plus souvent de plusieurs cris aigus, stridents, succède très-promptement et quelquefois subitement à la strangulation.

Ce cri initial est soudain, saisissant ; il a quelque chose du cri de la terreur, de la souffrance et de la colère. Il impressionne vivement les femmes, surtout celles qui sont hystériques ; on les voit s'agiter et frémir sous l'impression de ce cri, et souvent il est pour elles l'occasion d'une attaque.

Avec le cri, l'attaque convulsive est commencée. Ce sont de grandes convulsions occupant simultanément les deux côtés du corps ; elles sont caractérisées par des mouvements très-étendus, flexion et extension, abduction et adduction. Les mouvements de pronation sont plus rares, il en est de même des convulsions toniques, des spasmes tétaniques des membres qui n'apparaissent qu'accidentellement et qui durent peu. Des mouvements analogues à ceux des membres se passent dans le tronc qui est alternativement redressé, étendu ou tordu dans les mouvements les plus violents. En même temps, la face présente des grimaces variables plutôt que de véritables convulsions ; grimaces exprimant la terreur, la colère, la joie ou quelque autre passion. Ces convulsions alternent souvent avec des mouvements coordonnés dans lesquels les malades s'efforcent d'arracher quelque chose qui les étrangle, qui les étouffe ; elles changent de place, se lèvent et cherchent à s'échapper. D'autres fois elles sont prises d'une véritable fureur ; elles se précipitent sur les assistants, essayent de les frapper ou de les mordre, et, quand elles ne réussissent point dans ce dessein, elles tournent leur colère contre elles-mêmes ou déchirent à belles dents les corps inanimés. Quand cette espèce de fureur hystérique s'ajoute à la dysphagie et à l'hydrophobie, ce qui est assez fréquent, les malades ressemblent à s'y méprendre à des enragés pendant leurs accès.

A tous ces désordres il faut ajouter les spasmes et les convulsions des muscles de la respiration ; d'où bruit de grognement et d'efforts, cris, anhélation, palpitations violentes du cœur, rougeur extrême de la face, gonflement du cou, et quelquefois écume à la bouche.

L'attaque se termine par des pleurs, par des urines aqueuses et abondantes ; quelquefois par un sommeil naturel ; puis la malade revient à elle, ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est

passé, au moins depuis le moment où elle a perdu connaissance. Elle est brisée de fatigue. Quelquefois cependant une sorte de soulagement et de bien-être succède à l'attaque convulsive.

Il arrive fréquemment qu'une attaque se compose de plusieurs accès semblables à celui que nous venons de décrire. Seulement la crise par les pleurs ou par les urines n'apparaît qu'après le dernier accès, après celui qui termine l'attaque. Entre chacun des accès la malade reprend connaissance, les mouvements convulsifs cessent complétement, mais les malades sentent bien que tout n'est pas fini, et le médecin peut juger à l'absence des crises habituelles, à un air d'hébétude et de souffrances empreintes sur la physionomie des malades, que d'autres accès vont bientôt se succéder.

Dans quelques cas rares les accès convulsifs se succèdent très-nombreux et très-rapprochés. Dans leurs intervalles, les malades ne reprennent pas toujours la connaissance ou ne la reprennent que d'une manière incomplète, et dans l'espace de vingt à trente-six heures on voit se succéder jusqu'à cent accès. Cet état peut, par analogie, avec ce qui se passe dans l'épilepsie, être appelé *état de mal hystérique*. L'attaque convulsive dure depuis un quart d'heure jusqu'à trois heures. Cet *état de mal hystérique* peut se continuer pendant plusieurs jours avec des rémissions plus ou moins complètes.

L'intervalle ordinaire entre chaque accès constituant une attaque varie de vingt à cinquante minutes.

Les attaques surviennent à des époques assez rapprochées dans la forme convulsive. Elles sont régulières ou irrégulières dans leur retour ; les premières reviennent habituellement tous les mois, quelquefois toutes les semaines, les autres sont très-fréquentes dans un temps et très-rares dans un autre.

Un dernier caractère des attaques convulsives sur lequel nous devons encore insister à cause de sa valeur séméiotique, c'est celui de n'apparaître que le jour ou plus exactement dans l'état de veille. Car les malades qui passent les nuits sont souvent prises de leur accès dans ce moment.

Indépendamment des crises habituelles que nous avons signalées à propos de la terminaison des attaques, une des affec-

tions déjà décrite dans la *forme commune* peut se manifester à ce moment-là ; les plus fréquentes sont : l'aliénation, le somnambulisme, la catalepsie et la paralysie. C'est après les attaques de la forme convulsive qu'on a observé quelques cas très-rares de sueur de sang.

La *sueur de sang* est habituellement liée à l'aménorrhée ; elle survient pendant les attaques convulsives et quelquefois dans des régions qui sont le siége de douleurs très-vives. Ces sueurs ne sont jamais générales ; elles peuvent occuper un seul point, mais habituellement elles apparaissent dans toute une région et le plus souvent à la face. On la voit ordinairement au front sous forme d'une couronne ou bien comme une rosée sanglante sur une des joues, sur les paupières inférieures, vers les ailes du nez, les lèvres ou le menton. Si on essuie cette sueur du sang, on trouve la peau sans rougeur, sans lésion d'aucune sorte.

La sueur est assez abondante pour que dans certains cas on puisse recueillir quelques gouttes de sang.

2e *variété*. — Hystérie épileptiforme. — Cette variété est fort importante tant au point de vue de la médecine pratique qu'à celui de la nosologie. Elle constitue une maladie grave qui compromet très-sérieusement la santé des femmes qui en sont atteintes ; et, par sa ressemblance avec l'épilepsie, elle a été la source d'une confusion entre cette maladie et l'hystérie convulsive.

Les convulsions de cette variété d'hystérie offrent pour caractère d'être principalement des convulsions toniques, des contractions tétaniques, ce qui leur donne l'aspect des convulsions épileptiques.

Prodromes. — Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit des prodromes de la première variété. Les mêmes souffrances se rencontrent ici. Seulement, on doit noter comme étant plus particulièrement propre à la variété épileptiforme, la céphalalgie occipitale, le vertige, les aura, un sommeil initial, et enfin l'absence des prodromes, c'est-à-dire les attaques subites.

Attaques convulsives. — Les malades perdent rapidement connaissance ; et si elles sont debout, elles tombent sans pouvoir se retenir quand il n'y a pas de malaise précurseur. Si au contraire il y a quelques prodromes, elles se couchent pour éviter une chute. Nous l'avons déjà dit ailleurs, tous ces symptômes peuvent se succéder rapidement, mais ils ne sont jamais fulgurants comme dans l'épilepsie.

Habituellement, les malades poussent un cri aigu ; elles perdent connaissance et la convulsion commence. Elle est tonique, violente ; les membres sont portés dans la pronation forcée, les doigts sont dans la flexion, le pouce souvent renfermé dans la paume de la main. La face est rouge, vultueuse, très-rarement livide, mais jamais méconnaissable et d'un aspect terrible comme dans l'épilepsie ; la respiration ralentie. Quelquefois il y a un peu d'écume à la bouche et des évacuations involontaires ; enfin, pour achever la ressemblance avec l'attaque d'épilepsie, il n'est pas rare de voir les convulsions prédominer, pendant une partie de l'attaque, sur un côté du corps.

Mais tous ces symptômes se succèdent bien plus lentement que dans l'épilepsie ; ils alternent avec du somnambulisme, de la catalepsie, des attaques convulsives à grands mouvements ; ils ne durent jamais moins d'un quart d'heure, et ils peuvent se prolonger pendant une partie de la journée.

Ce que nous avons dit à propos de la première variété d'hystéries convulsives, de la multiplicité des accès, de leur périodicité régulière ou irrégulière, de leur terminaison par des crises ou par des affections hystériques, peut s'appliquer à l'hystérie épileptiforme.

III. Forme bénigne. — L'hystérie de forme bénigne, au lieu de constituer, comme la forme commune et la forme convulsive, une maladie qui dure presque autant que la vie des malades ; qui devient, en quelque sorte, un état habituel et très-difficile à guérir ; l'hystérie de forme bénigne, disons-nous, est tout à fait accidentelle. Elle apparaît à l'occasion d'une cause évidente, se manifeste par une attaque convulsive ou non convulsive,

quelquefois par une affection très-limitée; puis la cause disparaissant, la maladie guérit d'elle-même pour reparaître avec la même facilité à la première occasion. Dans cette forme, tant que les malades restent à l'abri de la cause occasionnelle, l'hystérie sommeille, pour ainsi dire, et reste complétement à l'état latent; aussi il arrive très souvent que la première atteinte n'éclate que fort tard, après vingt-cinq et trente ans par exemple, tandis que dans les autres formes, les premiers accidents datent presque toujours de l'enfance ou de la puberté.

La forme bénigne peut donc sévir et sévit habituellement plusieurs fois chez la même personne; dans l'intervalle des récidives de la forme bénigne, les femmes ne présentent point ce nombreux cortége d'affections nerveuses, cet *hystéricisme* qui caractérise la forme commune. Dans l'hystérie de forme bénigne, la maladie guérit complétement et sans laisser de traces. Les femmes reprennent une santé complète, et il faut l'action intense et prolongée de la peur, mais surtout du chagrin, pour ramener une nouvelle atteintede la maladie.

IV. Forme grave. — La forme grave de l'hystérie menace presque toujours l'existence des malades par la violence de ses affections, et c'est là un caractère suffisant pour la distinguer des autres formes dans lesquelles la vie n'est jamais compromise, au moins directement.

Cette forme est encore à l'étude; cependant nous avons des matériaux suffisants pour en arrêter les subdivisions et donner à grands traits l'histoire de chacune des variétés. Elle est constituée tantôt par un grand nombre de symptômes reliés entre eux par un mouvement fébrile incontestable, tantôt par une seule affection hystérique. Nous décrirons donc une première variété fébrile, et puis autant de variétés qu'il y a d'affections hystériques pouvant caractériser la forme grave de cette maladie, et, comme dans la fièvre pernicieuse, nous désignerons chacune de ces variétés par le nom de l'affection principale : hystérie gastralgique, arthritique, asphyxique, syncopale, etc.

Nous ne décrirons que les variétés sur lesquelles nous avons des renseignements cliniques.

1re *variété*. Hystérie fébrile. — C'est la fièvre hystérique des auteurs et le *nervosisme aigu* de M. Bouchut (1). La maladie débute à propos d'un chagrin, ou survient à la suite d'une autre maladie, surtout si cette maladie a été accompagnée d'hémorrhagie ou traitée par les évacuations sanguines. Le premier symptôme est un grand sentiment de faiblesse musculaire, accompagné d'une impressionnabilité nerveuse qui dès le début peut faire soupçonner la nature de l'affection. Les malades perdent l'appétit et sont bientôt obligées de garder le lit, en proie à un mouvement fébrile continu. Le pouls est faible, dépressible, facilement accélérable. et donne 100 à 120 pulsations par minute; la peau est chaude, et cependant les malades sont sensibles au froid. Cette fièvre s'accompagne de céphalalgie, d'insomnie et de troubles gastriques, dont les plus fréquents sont un enduit blanc jaunâtre de la langue, une inappétence complète et souvent des vomissements acides et bilieux. Cependant le ventre est souple et aplati, sans douleur, sans gargouillement; il y a une constipation plus ou moins opiniâtre.

La faiblesse s'accroît de jour en jour; les malades ne peuvent plus lever la tête de dessus l'oreiller sans éprouver des vertiges et craindre une syncope. Des troubles cérébraux divers, du délire, des hallucinations, une finesse et une susceptibilité des sens extraordinaires, une hyperesthésie générale et locale, la pâleur des téguments, un amaigrissement considérable, s'ajoutent aux autres symptômes et caractérisent la maladie à sa période d'état. Nous devons signaler ici un symptôme peu important en lui-même, mais qui a une grande valeur diagnostique; c'est un ptyalisme tout particulier. Les malades crachotent continuellement une salive blanche et écumeuse; d'autres fois c'est une matière séreuse analogue à celle rendue par les femmes enceintes. Quelques-unes ont des sueurs très-abondantes, et souvent alors le mouvement fébrile revêt un type tierce ou quotidien qui simule la fièvre intermittente.

La maladie faisant des progrès, les vomissements cessent

(1) Bouchut. Du nervosisme, 2e édit. Paris, 1877.

habituellement; mais la fièvre, la faiblesse et l'amaigrissement s'aggravent considérablement. Les malades refusent souvent de prendre même des boissons, et, après deux ou trois mois de souffrance, si un traitement approprié n'est pas appliqué, la mort vient terminer la maladie.

Tel est le tableau que présente le plus souvent l'hystérie fébrile; mais il faut savoir que cette forme de la maladie est excessivement variable dans ses expressions symptomatiques et s'attendre à rencontrer des cas qui offrent un tout autre aspect, grâce à la prédominance de telle ou telle affection. Cependant on trouvera toujours comme caractère constant l'amyosthénie, les hyperesthésies, la surexcitation des sens et l'impressionnabilité hystérique. Je dois rappeler encore, comme symptôme caractéristique, les hallucinations, l'aliénation et le ptyalisme.

2° Variétés convulsives.— La maladie éclate brusquement à la suite d'une cause énergique; les accès de convulsion se succèdent sans interruption, il y a *état de mal hystérique*. Mais ce qui caractérise principalement la forme grave, c'est la prédominance et l'exagération d'un symptôme dangereux comme l'état apoplectique ou l'état asphyxique. Dans le premier cas, les malades reprennent de moins en moins leur connaissance entre les accès et elles tombent tout à coup dans l'état apoplectique avec résolution des membres et stertor. Dans l'autre cas, le spasme de la glotte et celui du diaphragme sont considérables, la suffocation est imminente, et la mort par asphyxie est très à redouter.

La durée de cette variété est extrêmement courte, elle n'est que de quelques jours.

3° Variétés arthralgiques. — Dans cette variété la gravité de la maladie réside tout entière dans l'intensité et la persistance de la douleur.

Brodie, qui a étudié avec beaucoup de soin cette variété de l'hystérie, donne pour caractère à la douleur d'augmenter par le toucher et par le mouvement; de ne pas siéger dans un point circonscrit mais de s'étendre à tout le membre et d'occuper

principalement la peau, ce dont on peut s'assurer en pinçant celle-ci entre les doigts. Ce dernier caractère n'est pas constant, et très-souvent la douleur siége dans les muscles de la partie malade.

La persistance de cette affection amène l'insomnie, la perte d'appétit, l'amaigrissement, et conduit les malades à un état de désespoir violent qui les porte à recourir aux moyens les plus extrêmes, même l'amputation du membre douloureux, pour les délivrer de douleurs qu'elles ne peuvent plus supporter.

Les muscles qui entourent l'articulation douloureuse entrent dans un état de contraction habituelle, d'où des déformations qui, à la hanche, ont été souvent confondues avec des coxalgies. Brodie a noté dans ces cas un gonflement tantôt général, tantôt limité des parties malades, ne donnant pas le sentiment de la fluctuation, ne conservant pas l'impression du doigt, et comparable par sa consistance à une plaque d'urticaire d'une dimension extraordinaire.

4° Variété gastralgique. — Cette variété est extrêmement grave; elle est caractérisée par des douleurs atroces revenant sous formes de crampes, de brûlures alternant quelquefois avec un froid glacial ; les malades la comparent quelquefois à des coups de couteau, à des griffements et à des déchirements. Dans le commencement de la maladie, elle disparaît quelquefois au moment du repas, mais elle augmente considérablement après Bientôt la moindre parcelle de nourriture éveille cette douleur; qui persiste et augmente jusqu'à ce que l'aliment soit digéré ou vomi.

A ces douleurs succèdent l'anorexie, l'amaigrissement, le marasme et la mort.

5° Vomissements incoercibles. — Dans cette variété, l'hystérie prend l'aspect des vomissements dits incoercibles. Nous y reviendrons en décrivant les souffrances de l'état de grossesse.

6° Variété anorexique. — Cette forme de l'hystérie est ex-

trèmement rare. Nous en avons vu cependant deux exemples, survenus chez des jeunes filles au moment de la puberté. L'appétit va décroissant de jour en jour, la malade est prise d'une répugnance invincible pour certains aliments, la viande, par exemple, puis comme cette répugnance s'étend progressivement à tous les aliments il arrive qu'au bout d'un an, 18 mois, 2 ans, 3 ans même, après avoir vu chaque jour se rétrécir le cercle de son alimentation la malade arrive à ne plus manger ou à manger d'une manière tout à fait insuffisante des aliments peu ou point réparateurs. L'amaigrissement et la perte des forces augmentent chaque jour ; habituellement la face reste colorée, puis les malades finissent par mourir d'inanition sans que leur volonté, ni les prières et les larmes de leurs parents aient pu triompher de cette anorexie véritablement invincible. Quelquefois on observe des vomissements dans les derniers jours.

Enfin, il existe quelques observations isolées de *spasme de la glotte*, ayant déterminé la mort ou nécessité la trachéotomie ; de *syncope* et d'*apoplexies mortelles*, de *douleurs péritonéales* avec vomissements, fièvre, affaissement général et toutes les apparences d'une *péritonite* véritable; mais ces observations sont en trop petit nombre et trop dépourvues de détails pour que nous puissions faire l'histoire des variétés de l'hystérie auxquelles elles se rapportent. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention sur l'existence de toutes ces affections pour faire comprendre suffisamment quelle est l'étendue et l'importance de la forme grave de l'hystérie.

Étiologie. — Maladie *héréditaire* l'hystérie alterne dans les familles avec d'autres névroses, la folie, la chorée, le somnambulisme, etc.

Nous avons vu qu'elle était presque exclusivement propre au *sexe féminin*.

Elle débute ordinairement à l'*âge de la puberté*. Cet âge est très-précoce chez les hystériques et j'ai vu quelques cas où les règles étaient survenues à 7 ans; mais il est fréquent de les observer à 10 et 11 ans. L'hystérie cesse souvent à la méno-

pause, je lai vu cependant se prolonger jusqu'à la plus extrême vieillesse.

Les vices de l'*éducation* ont une très-grande influence sur le développement de l'hystérie. Nous résumerons ces vices en une seule phrase : Développement excessif de la sensibilité, atrophie du système musculaire. Si on veut éviter le développement de l'hystérie il faudra donc ordonner les exercices en plein air, les bains froids, une nourriture substantielle en même temps que l'on proscrira comme la peste les lectures et les conversations sentimentales.

Deux causes, qui se trouvent quelquefois réunies, déterminent et provoquent le début de la maladie : ce sont les *chagrins* et les *excès vénériens*.

On a dit à tort que l'*abstinence du coït* était une cause d'hystérie. Cette abstinence ne devient une cause que dans des circonstances particulières ; par exemple chez des femmes devenues veuves ou ayant renoncé à une vie de désordres, ou encore chez des femmes ardentes mariées à des hommes trop vieux ou impuissants ; il existe dans ces circonstances une excitation non satisfaite qui est un cas d'hystérie.

Une nourriture insuffisante, des pertes sanguines répétées, des maladies longues et épuisantes sont aussi des causes occasionnelles d'hystérie.

Traitement. — La *prophylaxie* de l'hystérie consiste à lutter contre l'influence héréditaire en confiant l'enfant à une nourrice autre que sa mère et en dirigeant son éducation morale et physique de manière à éviter le développement exagéré de l'*élément affectif* et de l'impressionnabilité. Deux règles suffisent à guider le médecin vers ce but : développer le système musculaire par la gymnastique, les bains froids, la vie à la campagne ; amoindrir le plus possible l'imagination et les impulsions animales par une éducation sérieuse.

La plupart des auteurs ont conseillé le mariage comme moyen prophylactique et curatif dans l'hystérie. M. Briquet a réagi contre cette opinion, soutenant qu'elle était le fruit des fausses doctrines qui ont régné sur l'hystérie jusque dans ces

derniers temps (1). Nous devons nous arrêter un instant sur cette question, car elle a un intérêt pratique des plus considérables. Posons d'abord les faits qui doivent nous servir à la résoudre.

Il rrésulte des très-nombreuses echerches de M. Briquet, recherches faites à Saint-Lazare et à son hôpital, que les prostituées et les femmes de mœurs faciles, comme les domestiques, par exemple, fournissent un très-grand nombre d'hystériques.

Le même auteur a constaté l'excessive rareté de l'hystérie chez les religieuses qui gardent un célibat volontaire.

Ces deux ordres de faits établissent d'une manière incontestable que la surexcitation des organes génitaux est une cause d'hystérie, comme leur apaisement est une condition qui lutte heureusement contre le développement de cette maladie.

Faisant application de ce principe au mariage, considéré comme moyen prophylactique et curatif de l'hystérie, nous dirons que lorsqu'il existe chez une femme des désirs vénériens violents et que le mariage donne une satisfaction naturelle à ces désirs sans les surexciter, le mariage est vraiment favorable. Mais si le mariage n'est qu'une occasion d'excès, ou s'il n'est qu'une excitation de plus, sans satisfaction ou avec une satisfaction incomplète, il sera défavorable. Cette excitation sans satisfaction se rencontre quand un mari délaisse sa femme, soit par impuissance relative, soit par tout autre motif, ou quand il pratique l'onanisme conjugal. Dans ce cas, le mariage, loin de guérir l'hystérie, est souvent l'occasion de son développement, pour peu que la femme y soit prédisposée.

En résumé, l'apaisement des organes génitaux est la condition la meilleure pour éviter l'hystérie ; le mariage est favorable toutes les fois qu'il procure cet apaisement ; dans les cas contraires, il est défavorable.

Pour terminer avec cet ordre de causes, nous dirons que la grossesse et l'allaitement, pourvu qu'il ne soit pas trop pro-

(1) Briquet. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1859, in-8.

longé, sont le plus souvent des conditions heureuses pour prévenir et guérir l'hystérie. Nous avons dit le plus souvent, parce qu'il y a quelques exemples dans lesquels la grossesse, par l'état d'anémie et de souffrance qu'elle détermine, a été la cause occasionnelle d'un premier accès d'hystérie.

Traitement de la forme commune. — *Ignatia* et *tarentula* sont les deux médicaments principaux de l'hystérie. Les accès convulsifs et les affections si nombreuses de la forme commune demandent d'autres médicaments que nous indiquerons ultérieurement.

Ignatia est indiqué par une tristesse douce avec pleurs involontaires, soupirs, dyspnée, tremblement des membres, constriction à la gorge. Ce médicament convient en outre aux gastralgies, aux douleurs lancinantes et compressives du front, de la racine du nez, aux paralysies, aux impulsions anxieuses et à la plupart des affections hystériques.

Tarentula est indiqué par les mêmes symptômes : tristesse, pleurs sans motif, mélancolie, rires alternant avec les pleurs, palpitations, météorisme, mais plus particulièrement : besoin de mouvement, de changer de place, besoin de pleurer avec agitation, chaleur brûlante alternant avec froid glacial, pieds constamment froids, terreur, anxiété précordiale, périodicité des souffrances.

Nous employons *ignatia* et *tarentula* de la 12e à la 30e. Ces deux médicaments nous ont donné des résultats assez constants pour que nous les recommandions avant tous les autres.

Les autres médicaments sont : *valeriana*, *asa fœtida*, *moschus*, *nux moschata*, *platina*, *conium*, *kali* et *natrum bromidum*.

Valeriana. C'est un des médicaments traditionnels de l'hystérie. En homœpathie il n'a guère réussi que dans la *chorée* et la dyspnée hystérique ; ses principales indications sont les suivantes : douleurs tressaillantes apparaissant par accès ; douleur disparaissant lorsque l'on change de place ; céphalalgie subite ; insomnie, surexcitations joyeuses et tremblantes.

Asa fœtida est comme le précédent traditionnel dans le traitement de l'hystérie. Dans les expérimentations physiologiques

on a observé qu'il portait son action principale sur les organes génitaux : exaltation de l'appétit vénérien chez l'homme, règles en avance chez la femme. Ce médicament est indiqué par les symptômes suivants : souffrances survenant étant assis, disparaissant au grand air, boule hystérique, pulsations à l'épigastre, tympanite, crampe de la vessie, dyspnée, palpitation, tristesse et angoisse hystérique, indifférence.

Moschus est analogue au précédent, il est recommandé tout particulièrement par Richard Hughes ; contre les *palpitations* et surtout contre l'*accès hystérique* même le plus violent la 3e dil décimale recommandé par cet auteur suffit pour arrêter instantanément les accès de convulsion hystériques ; il convient aussi contre l'asthme et le hoquet hystérique. Voici les principales indications des *moschus* : accès de convulsions avec suffocation et perte de connaissance, insomnie par surexcitation ; céphalalgie pressive vers la racine du nez ; vertiges avec vomissements ; contracture crampoïde dans le larynx, dans la poitrine et dans le ventre avec accès de suffocation ; accès de palpitations anxieuses ; exaltation de l'appétit vénérien ou impuissance, règles trop fortes et en avance ; anxiété, peur de la mort, colère facile, grande activité avec faiblesse excessive.

Nux moschata est le médicament des défaillances hystériques ; il correspond aussi à l'oppression sous-sternale par accumulation de flutuosité dans l'estomac.

Platina c'est le médicament principal de la *mélancolie* hystérique, son action sur les ovaires est aussi très-marquée. Les principaux symptômes de ce médicament sont les suivants : état de torpeur et de paralysie mêlé de contractures ; accès de *convulsions toniques* sans perte de connaissance ; accès de maux de tête augmentant et diminuant progressivement ; étranglement hystérique ; contractions dans la poitrine, l'estomac et le ventre ; exaltation de l'appétit vénérien chez l'homme et chez la femme ; ménorrhagie ; aphonie ; palpitations ; tristesse ; mélancolie, pleurs involontaires, angoisse, peur, instabilité, surexcitation, alternance des symptômes physiques et moraux ; hystérie suite d'une peur ou d'une colère.

Conium a comme les précédents une action sur les organes génitaux, il convient aux personnes qui ont fait des excès vénériens ou ont vécu dans une abstinence trop grande. C'est comme le précédent un médicament de la *mélancolie* hystérique; mais il convient chez les personnes très-épuisées, très-amaigries avec grande faiblesse et consomption commençante. On remarque parmi ses symptômes : abattement avec rire involontaire ; indifférence hypochondriaque ; conception lente et faiblesse des facultés intellectuelles; impuissance quelquefois avec excitation lascive de l'imagination ; règles faibles et en retard.

Kali et *natrum bromidum*. Le premier de ces médicaments, *bromure de potassium* est employé universellement depuis quelques années dans le traitement de toutes les maladies nerveuses, c'est une panacée vulgaire à l'usage de cette classe nombreuse de médecins qui se contentent facilement d'un palliatif. Cependant en dehors de la mode et de l'engouement éphémère dont cette drogue est l'objet, le *kali bromidum* possède des propriétés qui en font un médicament de l'hystérie.

Le kali bromidum produit l'*anesthésie* et l'*analgésie*; il produit l'insensibilité du pharynx et la perte de la nausée réflexe, et ce symptôme est caractéristique de l'hystérie confirmée. Ce médicament diminue les désirs vénériens et affaiblit la contracture musculaire, c'est un médicament paralysant, il conviendra donc de préférence dans les *paralysies hystériques*.

Le *natrum bromidum* jouit de propriétés analogues, mais il agit plus spécialement sur les menstrues qu'il régularise, les diminuant si elles sont trop fortes, les augmentant si elles sont trop faibles ; il diminue les leucorrhées.

L'expérience clinique homœopathique est encore très-peu riche sur ces deux médicaments. J'ai toujours employé la troisième trituration.

La *faradisation* est une médication d'une efficacité considérable contre les *douleurs* hystériques ; ce moyen convient aussi, mais à un moindre degré, dans les paralysies. L'hydrothérapie, les bains de mer par immersion, les voyages surtout, sont d'un heureux secours,

Traitement de la forme convulsive. — 1o Accès convulsifs ordinaires. — Le médicament le mieux indiqué et par la pathogénésie et par l'expérience clinique est le *chloroforme* en inhalation. Ce médicament, ainsi que l'*éther* dont l'action est fort analogue, a sur les médicaments l'avantage énorme d'agir presque instantanément. Cette rapidité d'action doit faire préférer le chloroforme et l'éther aux solanées vireuses, et même à *ignatia* et à *platina* qui sont aussi indiquées dans ce cas. *Moschus* a la 3e décimale serait, d'après Richard Hughes, un médicament très-sûr de l'attaque convulsive.

Le *magnétisme animal*, que, par une sorte de fausse honte, M. Briquet appelle la *fascination*, agit aussi d'une manière très-avor able et très-rapide contre les accès convulsifs. Seulement il doit être administré à faibles doses; sans cela il aggrave plutôt les convulsions.

Les lavements d'eau froide, les ingurgitations forcées et continues d'eau froide, sont des moyens qui jouissent d'une efficacité réelle.

L'existence d'une *aura* annonçant les accès fournit une indication toute particulière, c'est celle de détruire l'hyperesthésie locale qui est le point de départ des accès. La faradisation et des applications locales de chloroforme sont les deux moyens les plus efficaces pour remplir cette indication.

2° Accès convulsif épileptiforme. — Indépendamment des moyens déjà indiqués à propos de la variété précédente, nous recommanderons particulièrement *calcarea*, *cuprum*, *ignatia*, *nux vomica*, *opium* et les *solanées*.

Traitement de la forme grave. — 1° Variétés fébriles. — Les lotions froides les bains prolongés, l'aération, la promenade en voiturr si la malade est transportable, la promenade à pied si elle peut se tenir debout; autant de nourriture que la malade peut en prendre : tels sont les moyens qui, en général, ont réussi conire la fièvre hystérique.

Les médicaments indiqués sont, lorsqu'il existe des vomissements, *ginatia* et *nux vomica;* des tendances à la syncope, *nux moschata* et *lycopodium*. *China* est aussi indiqué par l'état

de faiblesse ; enfin si la fièvre revêtait la forme intermittente, on serait autorisé à prescrire le sulfate de quinine à haute dose.

2° **Variété convulsive.** — Quelquefois ces moyens que nous avons indiqués contre les accès convulsifs des formes précédentes ne suffisent plus ici, et on se trouve en présence d'un état qui menace incessamment la vie des malades. Il faut alors se rappeler que *Moschus* est le médicament qui agit principalement contre le spasme de la glotte et du diaphragme, et comme dans toutes les observations de la variété convulsive de l'hystérie grave, qui se sont terminées par la mort, cette fatale terminaison a été amenée par l'asphyxie, il ne faut pas manquer d'administrer ce médicament et d'en augmenter rapidement les doses.

CHAPITRE II

SOMNAMBULISME

Le somnambulisme essentiel est une névrose caractérisée par un sommeil morbide, pendant lequel le malade parle, agit, tombe en extase, en catalepsie ou en convulsion, comme dans le somnambulisme magnétique. Cette maladie procède par accès, et le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant les accès.

Le somnambulisme essentiel présente quatre formes à étudier :

1° Le somnambulisme proprement dit ;

2° Le somnambulisme convulsif ;

3° Le somnambulisme cataleptique, ou *catalepsie ;*

4° Le somnambulisme acrobatique généralement décrit sous le nom de *chorée saltatoire.*

Toutes ces formes présentent des degrés ou variétés qui, comme dans toutes les névroses, présentent une grande diversité.

Le somnambulisme pathologique est souvent symptomatique

de l'hystérie ; il présente dans cette maladie des variétés nombreuses et plus ou moins analogues à celles du somnambulisme essentiel.

I. Somnambulisme proprement dit. — Cette variété du somnambulisme est caractérisée par l'exécution, pendant le sommeil, d'actes de la vie intellectuelle et animale, qui, dans l'état de santé, ne se produisent que pendant la veille. Cette variété survient toujours pendant le sommeil naturel, et c'est là le caractère de cette forme. Le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès.

Au milieu du sommeil, le malade se lève, marche avec sûreté dans l'obscurité la plus profonde, souvent les yeux fermés ; il monte et descend les escaliers, ouvre les portes, va au loin, monte à cheval, quelquefois passe par des endroits périlleux et toujours avec beaucoup plus d'audace et d'adresse que dans l'état de veille. Louyer-Villermay rapporte l'observation d'un homme qui accomplissait l'acte conjugal pendant l'accès du somnambulisme. D'autres fois, le malade écrit et se livre à un travail intellectuel qui dénote une grande surexcitation cérébrale. D'autres fois, mais plus rarement, il parle, soit spontanément, soit lorsqu'on l'interroge, et ses discours comme ses écrits témoignent d'une certaine supériorité relative à ce qu'il est pendant l'état de veille. Cette supériorité existe surtout pour deux facultés, l'*imagination* et la *mémoire*. Ainsi, le malade se rappelle des langues dont il a perdu l'usage ou des morceaux autrefois appris par cœur. Souvent il lui arrive d'improviser en vers ou en prose, et dans un style qui ne lui est pas habituel en dehors des accès.

L'accès se termine habituellement par la substitution insensible du sommeil physiologique au sommeil morbide, et le lendemain le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Souvent il ressent une légère courbature et un peu de céphalalgie. D'autres fois, l'accès est interrompu brusquement par un réveil accidentel. Alors le malade ahuri ne comprend rien à sa situation. Si ce réveil a lieu dans un lieu difficile, il peut être précipité ou être dans l'impossibilité de repasser,

pendant l'état de veille, dans les endroits où il a passé étant endormi.

Tel est le somnambulisme simple qui présente de nombreux degrés, depuis le malade qui s'assied dans son lit et répond quelques mots jusqu'à celui qui escalade les murs, va au loin, écrit, compose, prophétise, etc.

II. Somnambulisme convulsif. — Cette forme est caractérisée par des accès de convulsions cloniques générales, soit seulement au début de l'attaque, soit renouvelées plusieurs fois pendant sa durée. Elle survient quelquefois pendant un sommeil naturel, mais le plus souvent pendant un sommeil morbide. Voici les principaux traits de cette forme.

Très-souvent, à l'occasion d'un excès de table, ou après une émotion morale ou une surexcitation quelconque, le malade s'endort d'un sommeil pathologique, puis au bout de quelques minutes le sommeil est interrompu par des accès convulsifs extrêmement violents, qui ont la plus grande ressemblance avec les grandes attaques d'hystérie. Ce sont de grands mouvements d'extension et de flexion des membres, des mouvements de totalité du corps; les convulsions ne prédominent pas d'un côté, il y en a très-peu à la face, il n'y a point de spasmes de la glotte ni du pharynx.

Après ces convulsions, dont la durée est variable, le malade se met à parler haut et avec suite. Quelquefois les discours des malades sont très-variés, d'autres fois, c'est une longue narration d'événements qui les ont beaucoup impressionnés et qu'en dehors des attaques ils tiennent secrets ; souvent ils répondent aux questions qui leur sont posées par les assistants. Quelquefois les convulsions reparaissent, surtout si on tourmente le malade et si on veut les faire changer de lieu. Dans certains cas j'ai vu, lorsque les malades étaient trop fortement contrariés, éclater une véritable fureur, avec lutte et tendance à frapper. L'accès se termine par un sommeil plus ou moins court, qui semble naturel; puis les malades reviennent à eux sans conserver aucun souvenir de ce qui s'est passé.

J'ai observé des malades dont les accès commençaient tou-

jours de la même manière, par la même pose, les mêmes gestes, les mêmes convulsions, le même délire.

III. Catalpsie. — La catalepsie est une affection morbide caractérisée par un sommeil morbide (*sopor*, *soporis detentio*, *coma vigil*) pendant lequel les malades sont dans une immobilité complète (*congelatio*) et gardent indéfiniment les positions communiquées. Dans le développement complet de la maladie, il y a toujours suspension complète de la connaissance.

Ce symptôme si bizarre de l'immobilité cataleptique dans la situation où l'accès a *saisi* le malade ou dans celles qu'on lui communique ; cette faculté que possèdent les malades de conserver indéfiniment (dans les accès complets) les situations les plus fatigantes, tient à la perte de la conscience de la contraction musculaire qui soustrait cette fonction à la volonté, et en même temps à une anesthésie profonde qui détruit le sentiment de fatigue.

La catalepsie peut survenir comme affection symptomatique dans le cours de l'hystérie, dans la folie, et très-incomplètement dans la méningite, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les vers intestinaux, les fièvres intermittentes ; mais la catalepsie essentielle est de beaucoup la plus fréquente et, à l'inverse de l'hystérie, elle sévit beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Elle présente quatre variétés : la *variété commune*, l'*extatique* la *somnambulique* et l'*incomplète*.

1° Variété commune. — Quand les symptômes précurseurs existent, ils consistent dans de la céphalalgie, de la roideur des paupières, du cou, de la mâchoire , mais principalement dans la lenteur des réponses, l'engourdissement de l'intelligence et une tendance marquée au sommeil.

Les *aura* venus de l'estomac et de l'hypogastre ne s'observent que dans la catalepsie hystérique. Quelquefois l'accès débute brusquement sous l'influence d'une émotion morale violente, sous l'influence de la frayeur, de l'horreur ou de la crainte. Le malade est saisi brusquement par la maladie et reste comme pétrifié dans la position où l'accès le surprend. sa

figure exprimant encore la passion qui a été l'occasion de l'accès.

Mais le plus souvent l'accès survient lentement, le malade s'endort peu à peu, et bientôt il présente avec l'immobilité une anesthésie complète. C'est seulement quand cette anesthésie est complète, quand les malades sont insensibles à tous les excitants, que se manifeste la faculté de conserver les positions communiquées.

La face est ordinairement un peu rouge, l'œil ouvert ; le malade reste complètement immobile dans les situations où on le place ; la respiration est lente et peu profonde ; le pouls lent et faible ; la calorification au-dessous de l'ordinaire et les excrétions complètement suspendues. Il existe habituellement un peu de trismus.

Dans les cas plus intenses, la respiration et le pouls sont insensibles et il y a *mort apparente* (un moine fut enterré vivant;— voir dans Puel, (1) l'histoire du médecin de Montmorency).

L'accès dure depuis une demi-heure jusqu'à plusieurs jours, puis le malade fait quelques inspirations profondes, s'étire, s'éveille et reste tout étonné de ce qui vient de lui arriver ; du reste il n'en conserve aucun souvenir.

Les accès se répètent ainsi pendant longtemps, quelquefois après des causes occasionnelles, quelquefois sans cause, à des intervalles habituellement irréguliers et quelquefois à des intervalles réguliers. Quelques malades conservent comme phénomènes consécutifs des contractions et des paralysies transitoires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

2° Variété somnambulique. — Dans cette variété, l'accès cataleptique se combine avec un accès de somnambulisme ordinaire, l'immobilité s'interrompt à un certain moment; le malade parle, tient des discours suivis, quelquefois avec une éloquence relative; il chante, il récite des vers, il répond aux questions des personnes présentes, surtout si les personnes lui prennent la main (autre point de contact avec le magnétisme animal). Dans cet état, le malade marche avec sécurité dans les

(1) Puel. De la catalepsie. Paris, 1856.

lieux difficiles et totalement obscurs ; il ouvre les portes, écrit comme dans la forme commune du somnambulisme.

L'accès se termine de deux manières : le plus souvent l'état cataleptique reparaît et se termine comme dans la variété précédente ; d'autres fois l'accès se termine par un sommeil qui semble naturel.

Dans tous les cas dont nous possédons l'observation, les phénomènes de paroles et de déambulation se reproduisaient identiques à chaque accès.

3° **Variété extatique.** — Dans cette variété, les malades conservent la situation dans laquelle ils se sont endormis, mais ils ne gardent point les poses communiquées. Les malades immobiles, l'air inspiré, l'œil ouvert, dans l'attitude de la contemplation ou de la prière, semblent ravis par une pensée intérieure. Cependant ils ne conservent aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant leur attaque, et Tissot avait raison de considérer comme des fourbes les cataleptiques qui racontaient les pensées dont ils avaient été occupés pendant l'attaque.

On voit de suite les analogies et les différences qui existent entre l'extase cataleptique et l'extase des illuminés. Cependant, on trouve dans la plupart des auteurs une confusion regrettable sur ce point et une description fantaisiste de l'extase, empruntée à la vie des saints, des grands hommes et des illuminés, le tout confondu avec l'extase cataleptique, l'extase de l'hystérie, celui de la folie et des empoisonnements.

4° **Variété incomplète.** — Les accès incomplets existent au début et à la fin de la maladie, alors que celle-ci doit se terminer par la guérison. La connaissance est alors plus ou moins conservée, et les phénomènes d'anesthésie et d'immobilité sont moins complets.

Dans certains cas, l'accès est borné à quelques symptômes isolés avec conservation entière de la connaissance, Telles sont les observations de catalepsie bornées à un côté du corps, ou même à un seul membre, à un bras, par exemple.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique et périodique ; sa *durée* extrêmement variable, puisqu'elle peut être

bornée à un seul accès et que Puel rapporte une observation de 1,200 accès. La plus longue durée observée a été de huit ans. Les accès durent ou quelques minutes ou quelques heures. Bourdin a observé un cas où l'accès a duré un mois et Sarlandière un autre d'une durée de quatre mois.

La *guérison* est la terminaison habituelle de la catalepsie.

Anatomie pathologique. — Une *autopsie*, faite avec soin par Rostan, a démontré l'absence de lésion.

Etiologie. — Les circonstances *étiologiques* à noter sont l'*hérédité*, l'influence du *sexe masculin* qui serait considérable si on défalquait tous les cas de catalepsie hystérique ; l'*âge*. La fréquence la plus grande de la maladie est de 10 à 30 ans. (Sur 94 cas, 64 cas de 11 à 30 ans. Puel.)

Enfin, les accès sont plus fréquents le jour, et les émotions morales sont des occasions puissantes du développement des accès. La foudre, d'après Bourdin, semble aussi exercer une influence accidentelle sur leur production.

IV. Corybantisme ou acrobatisme.— La chorée salutatoire que nous avons proposé d'appeler *corybantisme* ou *acrobatisme* pour la distinguer nettement de la chorée avec laquelle elle ne présente aucune analogie, est une affection extrêmement rare et fort mal étudiée ; — il semble que les médecins qui ont eu l'occasion d'observer cette maladie, aient été distraits de l'étude sérieuse de ses symptômes et de sa marche par la bizarrerie même des phénomènes qui la constituent ; presque tous restent étonnés vis-à-vis des tours d'acrobate exécutés par les malades, et les décrivent très-minutieusement ; mais très-peu s'occupent de décrire le commencement et la fin des accès, la succession des symptômes et les rapports qui peuvent exister entre cette affection et les autres névroses.

La lecture des observations nous a convaincu qu'un certain nombre de ces cas curieux devaient être rapportés à des affections vermineuses, mais principalement à l'hystérie ; le plus

grand nombre cependant nous a paru être indépendant de toute autre maladie et constituent, par conséquent, une espèce morbide. — Cette espèce morbide est caractérisée : 1° par des accès pendant lesquels les malades sont pris, non de convulsions, mais de mouvements parfaitement coordonnés, extrêmement violents et rapides ; mouvements de danse, de culbute, de saut, semblables à ceux des acrobates ; 2° par un sommeil pathologique qui marque le début des accès et rattache cette maladie au somnambulisme pathologique. Le sommeil *magnétique* est noté expressément dans les observations de Kerner et de Devar (1).

Début. — L'accès débute par la lourdeur de tête, la lenteur des réponses, le regard devient vague, puis les yeux se ferment, la face se colore légèrement, la tête s'incline sur l'une des épaules ou sur la poitrine, le corps s'affaisse, la respiration s'accélère, le sommeil est profond ; puis, après quelques minutes de ce sommeil, tout à coup le malade se lève et avec une agilité surprenante s'élance sur le haut d'un meuble et se livre aux sauts les plus extravagants ; puis, se jetant à terre et s'y tenant étendu, il roule avec rapidité d'une extrémité à l'autre de la chambre, et après quelques minutes de cet exercice il se relève tout d'une pièce comme par un ressort ; alors il se renverse en arrière, ne touchant la terre que par les pieds et le sommet de la tête, ou bien il prend une position inverse ; quelquefois dans cette position ou en équilibre sur un pied, il tourne avec une rapidité vertigineuse ; enfin le corps s'affaisse de nouveau, puis l'accès cesse sans laisser aucun souvenir au malade qui, seulement, reste brisé et courbaturé de tous ces mouvements. Sauf la fatigue, l'appétit et le reste de la santé semblent conservés.

Cette maladie attaque surtout les adolescents des deux sexes, elle se communique par l'exemple ; sa durée n'est pas bien connue. Au début, chez quelques malades, les accès ont été incomplets et bornés à un sommeil pathologique, les symptômes

(1) Observations 64 et 66 de Roth, De la musculation irrésistible.

d'acrobatisme ne sont survenus qu'après quelques jours ou même après quelques semaines.

L'existence de ce sommeil pathologique, la nature même des désordres musculaires qui se rapprochent des mouvements produits par le magnétisme, la catalepsie qui existe chez quelques malades à certains moments de l'accès, sont autant de raisons qui nous ont porté à faire de cette affection singulière une forme du *somnambulisme pathologique*.

Traitement. — Les médicaments indiqués dans le traitement du somnambulisme pathologique, sont : *cicuta virosa*, *mercurius*, *belladona*, *hyosciamus*, *stramonium*, *chamomilla*, *aconitum*, *bryonia*, *phosphorus*, *silicea*.

Cicuta est un des principaux remèdes ; il est indiqué par les phénomènes pathogénétiques suivants : fixité du regard sur un seul objet ; vue indistincte ; perte de la vue ; sommeil (hypnotisme); immobilité ; pouls lent (Hahn. ; 37, 38, 39, 40, 41); immobilité ; perte complète du sentiment ; respiration insensible (183, 184, 172).

Mercurius. Apparence de sommeil, perte de connaissance, pouls insensible, chaleur normale, immobilité ; l'esprit revient au bout d'une heure, la parole au bout de douze heures (35 et 282). Elle se frotte les tempes et les joues des deux mains et tombe sans connaissance (1017). (Cette manœuvre est fréquente chez les malades atteints de somnambulisme : on dirait qu'ils se magnétisent eux-mêmes.) Immobilité générale ; sorte d'état cataleptique (101 par le cinnabre); impossibilité de faire le moindre mouvement, quoique les assistants la remuent (1016), les yeux se ferment involontairement (115-117) ; syncope qui dégénère en sommeil (1056-7),.

Bryonia. Etat de somnambulisme (680) ; elle quitte le lit et ouvre la porte comme si elle voulait sortir (687) ; elle parle distinctement mais précipitamment avec des personnes absentes (692).

Phosphorus. La nuit il parle et il crie en dormant (1,801.) Jahr note le somnambulisme.

Silicea. Il parle souvent en dormant (1109), rit aux éclats (1135), et se lève, monte sur les chaises et les tables (1139). Somnambulisme (1141).

Aconit. Etat de clairvoyance, anesthésie complète (Roth, 1281); immobile, insensible, ne voit ni n'entend; extrémités inférieures allongées, accès d'un quart d'heure qui revient toutes les deux heures (Roth, 1282).

Camphora. Perte des sens (1, 2); pâleur du visage ; resserrement des pupilles; respiration presque entièrement suspendue (60).

Belladona. Il chante et parle à haute voix en dormant (1152). Assise, elle ne voit ni n'entend ; pâleur du visage et sueur au front, elle compose et chante des chansons gaies, mais ridicules; elle siffle, refuse de boire et de manger (1354).

Stramonium. Extase (435), il parle et répond à toutes les questions comme en pleine connaissance (410); immobilité des membres (71), pupille dilatée, face rouge, convulsions diverses (*passim*).

Chamomilla. Elle est assise sur une chaise, roide comme une statue, et sans conscience (31).

Bryonia est indiqué principalement dans la forme commune du somnambulisme pathologique. Vient ensuite *Silicea.*

Belladona et *Stramonium* conviennent davantage au somnambulisme convulsif. Contre le *somnambulisme cataleptique*, les deux médicaments principaux sont *cicuta* et *mercurius.* Roth rapporte la guérison par *cicuta* d'un malade, avec cris, chants, délire, yeux ouverts, et qui répondait comme les somnambules, quand on le touchait. Il avait deux accès par jour ; la connaissance revenait tout à coup et ne laissait aucun souvenir dans l'intervalle des accès, fièvre et joues rouges (289).

Sauvage rapporte l'observation de la guérison d'un cas de catalepsie par *aquila alba* (calomel). Cette guérison fut précédée d'aggravation.

Jahr préconise le camphre pendant les accès. Le choix des autres médicaments sera facile après les détails que nous avons rapportés.

Si les accès sont quotidiens ou très-fréquents, nous conseil-

lons d'administrer trois doses par jour ; si les accès reviennent toutes les semaines ou tous les quinze jours, nous conseillons une dose par jour pendant quatre ou huit jours après chaque accès. La clinique n'a rien appris encore sur le choix de la dilution. Il faut savoir que l'électricité et surtout le *magnétisme animal*, jouissent d'une grande efficacité pendant les accès.

Traitement du corybantisme. — *Belladona*, *hyosciamus* et *stramonium* constituent la base de ce traitement.

Hyosciamus produit les symptômes suivants : *Sentiment de légèreté ou de mobilité* (Hahn., § 430), *activité poussée à l'excès ; il se croit plus fort qu'il n'est réellement* (421). *Les spasmes courbent les membres, et le corps courbé est lancé en haut* (355) ; *il monte au tuyau du poêle* (441), *danses et gesticulations.* Ce dernier symptôme, qui est caractéristique, s'est produit un grand nombre de fois (§ 431 à 436).

Stramonium : excitabilité extraordinaire ; il se meut très-rapidement et jusqu'à extinction (Hahn., 580) ; *danses, gestieulations et rires avec éclat* (433) ; de plus, ce médicament produit un véritable *somnambulisme* (§ 410).

Belladona : Rires continuels, sauts, danses, gestieulations et mouvements très-accélérés (Roth., § 51) ; *les enfants rampent par terre comme des souris* (97) ; *rire qui ne fait qu'augmenter, puis l'enfant se mit à tourner circulairement ; et après plusieurs circuits, il serait tombé, si on ne l'avait retenu* (107) ; *les enfants font des extravagances qui étonnent* (108).

Enfin Hartmann assure avoir employé avec succès l'*ignatia* et le *secale cornutum* contre la *grande chorée.* Or, d'après la description qu'en donne cet auteur, la grande chorée correspondrait et au corybantisme et aux grandes attaques convulsives des hystériques.

CHAPITRE V

HYPOCHONDRIE

Définition. — L'hypochondrie est une névrose commune aux deux sexes; elle est caractérisée par des affections multiples, mais principalement par une tristesse et une préoccupation anxieuse habituellement, mais non toujours, relative à la santé.

La description de cette maladie est très-difficile, tant à cause des hypothèses des anciens sur la *bile noire* et sur le rôle de la rate et du foie dans cette maladie, que par le fait des préoccupations systématiques des modernes. Parmi ces derniers, les uns ne voient dans l'hypochondrie que les troubles gastriques, tandis que les autres ne prennent en considération que les symptômes psychiques. Pour mettre de l'ordre dans l'exposition de l'histoire des symptômes propres de l'hypochondrie, il faut d'une part mettre en oubli toutes les hypothèses anciennes, et de l'autre s'efforcer de distinguer l'*hypochondrie essentielle* de l'*hypochondrie symptomatique*.

L'affection hypochondriaque se manifeste comme symptômes dans la *goutte*, dans la maladie *hémorrhoïdaire*, dans la *syphilis*, dans la *chlorose*, dans un certain nombre d'*affections organiques de l'abdomen;* et dans certaines formes de la *folie*, à titre de phénomène précurseur.

Division. — J.-P. Tessier décrivait deux formes de l'hypochondrie : la *forme commune* et la *forme périodique*.

I. Forme commune. — *Début.* — Cette forme débute souvent à propos d'un phénomène d'âge : puberté, âge de retour; ou à l'occasion d'un changement notable dans les habitudes : cessation du commerce, passage de la vie des champs à la vie des villes; veuvage, etc.; d'autres fois elle apparaît dans la convalescence d'une maladie; mais le chagrin est l'une des causes les plus puissantes de son développement. Le malade devient triste; des troubles divers de la digestions apparaissent, et le

préoccupent outre mesure; son caractère devient inquiet, craintif, indécis, scrupuleux et porté à la colère. Son esprit est sans cesse en proie à une tristesse anxieuse au sujet de sa santé. La maladie marche très-lentement; pendant longtemps les hypochondriaques continuent leurs affaires et leurs relations; ils paraissent jouir d'une santé parfaite; quelques malades ne dépassent jamais ce premier degré ; mais, chez le plus grand nombre, l'hypochondrie continue sa marche envahissante et arrive à la *période d'état*.

Période d'état. — Cette *seconde période* est caractérisée par la prédominance de l'une des *affections hypochondriaques*, affection qui donne à la maladie un cachet spécial.

Aliénation hypochondriaque. — C'est souvent une véritable *aliénation*, caractérisée par une idée *délirante* et une *impulsion maladive*. L'idée délirante est *fixe;* celles qu'on observe le plus communément sont les suivantes : idée d'une maladie incurable, d'une maladie dégoûtante, contagieuse, honteuse; idée d'une mort prochaine et inévitable, d'une ruine imminente complète, d'un déshonneur, de la perte d'une personne aimée, d'un accident ridicule, etc.

Ces idées résistent à tous les raisonnements; ou, si elles semblent céder, elles reparaissent sous une autre forme.

L'*impulsion* hypochondriaque est triste, *anxieuse*. Elle jette les malades dans une mélancolie profonde, les rend très-malheureux et peut les pousser au *suicide* ou à l'*homicide*.

Souffrances cérébrales. — Elles sont très-variables : simple étourdissement, vertiges à tomber, céphalalgie, migraines avec vomissements, bourdonnements d'oreille, chaleur et fatigue à la tête.

Insomnie. — Ce symptôme est quelquefois poussé très-loin, et il y a des hypochondriaques qui passent des mois sans dormir; la fatigue de la privation de sommeil, quoique très-pénible, est cependant incomparablement moins ressentie dans cet état de maladie que dans l'état physiologique.

Paralysies. — Jamais on n'observe dans l'hypochondrie ces paralysies complètes, si communes dans l'hystérie; ce sont plutôt des fourmillements avec un sentiment de faiblesse plus ou moins prononcé. L'*anesthésie* et l'*analgésie* existent fréquemment dans l'hypochondrie, quoique ces deux symptômes n'aient pas la même valeur que dans l'hystérie.

Troubles des sens.—Ce sont principalement des tintements d'oreille, des éblouissements, des perversions de l'odorat et du goût : quelquefois une exaltation excessive des sens. Les idées fixes et les craintes exagérées des hypochondriaques trouvent dans ces désordres un aliment inépuisable.

Souffrances gastriques. — Ces affections dominent dans l'hypochondrie symptomatique de la goutte; elles sont fréquentes dans l'hypochondrie essentielle; leur caractéristique est la *flatulence*.

L'*anorexie* avec amertume de la bouche ; une *dyspepsie* opiniâtre, avec ou sans *gastralgie*, sont les affections les plus ordinaires dans l'hypochondrie. Quelquefois la *boulimie* remplace l'anorexie ; les *éructations*, les *borborygmes*, la *tympanite* accompagnent toutes ces affections. La *constipation* est habituelle, quoiqu'on ait observé aussi des *diarrhées* opiniâtres.

Symptômes pulmonaires et cardiaques. — Ils sont très-analogues à ceux de l'hystérie. Une *toux* petite, sèche, très-persistante, cessant pendant le sommeil et pendant le repas ; des *palpitations* énormes, ébranlantes, disparaissant presque toujours par la marche et la distraction ; des *lipothymies* et des *syncopes*. Les malades se croient atteints de phthisie ou d'anévrysme.

La maladie ainsi constituée par une tristesse habituelle et par une ou plusieurs des affections que nous venons de décrire, persiste dans cette *période d'état* pendant des années, offrant de grandes alternances de rémission et d'aggravation pendant toute sa durée. Cette *durée* est aussi longue que la vie des malades, si un traitement approprié ou un changement considérable dans la manière de vivre ne procure pas la guérison.

Cette *guérison* est quelquefois subite, à la suite d'une émotion, d'une perturbation profonde; mais le plus souvent elle est très-lente avec des retours offensifs de la maladie.

3e *Période.* — Cachexie hypochondriaque et mort. — Les anciens, qui confondaient l'hypochondrie symptomatique avec l'hypochondrie essentielle, admettent tous une période cachectique dans l'hypochondrie. C'est la période des *obstructions*, ou, en termes plus précis, la période des *cancers* et des *affections organiques*. Or, c'est une erreur de croire que le cancer du foie ou de l'estomac constitue l'hypochondrie à un degré quelconque, et il faut rejeter complétement de l'histoire de l'hypochondrie la période des *obstructions*.

L'insomnie prolongée, l'anorexie, la dyspepsie, les vomissements incessants, la diarrhée prolongée et la manie qu'ont certains hypochondriaques de rester au lit et de se refuser à tout exercice, produisent l'amaigrissement, l'anémie, la perte des forces; mais la vie végétative résiste longtemps, et ce n'est qu'après de longues années que se produisent les œdèmes, les hémorrhagies et les évacuations colliquatives qui finissent par amener la mort. Le plus souvent cette terminaison est amenée par une maladie intercurrente.

II. Forme périodique. — La forme périodique est caractérisée par le retour à époques éloignées et habituellement irrégulières d'attaques d'hypochondrie. La rémission qui sépare les attaques est complète, ce qui permet de distinguer cette forme des cas fréquents de la *forme commune*, dans lesquels on observe des rémissions très-marquées, mais toujours incomplètes.

Cette forme débute plus brusquement que la forme commune; ses allures sont plus rapides; elle atteint très-promptement son summum d'intensité, et elle décroît très-rapidement ou même cesse tout à coup.

Quoique la maladie ne persiste pas toujours au même degré pendant toute la durée de la période d'*état*, on n'observe pas

néanmoins ces grandes variations si fréquentes dans la forme commune.

Le retour des attaques est souvent déterminé par l'influence d'une émotion morale, d'un changement de climat ou de saison.

Presque toujours, les attaques se ressemblent entre elles, tant par leurs causes déterminantes, leurs phénomènes précurseurs, que par leurs symptômes et leur mode de terminaison.

Étiologie. — L'hypochondrie est une maladie *héréditaire ;* elle alterne dans les familles avec les autres névroses et en particulier avec les vésanies. Elle est plus fréquente chez l'*homme* que chez la femme et se déclare principalement à deux *âges* de la vie : la puberté et l'âge du retour. Les *climats* ont bien moins d'influence sur le développement de l'hypochondrie que les *mœurs* et l'état de *civilisation.* L'Angleterre est le pays de l'hypochondrie. L'hypochondrie est la maladie des riches, des *inoccupés*, des personnes qui exercent dos *professions* sédentaires et dans lesquelles l'*imagination* est surexcitée. L'observation enseigne que les *célibataires* y sont plus exposés que les personnes mariées. Les *excès vénériens*, surtout quand ils ont produit un affaiblissement notable et une *impuissance* relative ou absolue, produisent l'hypochondrie.

Traitement. — La *prophylaxie* consiste à combattre la trop grande *impressionnabilité* par une éducation virile et sévère.

Les médicaments indiqués dans le traitement de l'hypochondrie soit extrêmement nombreux ; les principaux sont : *nux vomica, sulfur, aurum, arsenicum, platina, moschus, mercurius, staphysagria, calcarea, lachesis, ignatia, pulsatilla, sabadilla, sepia, conium maculatum.*

Nux vomica est le médicament principal dans le traitement de l'hypochondrie; il est indiqué par les troubles gastriques ; la constipation opiniâtre; la tristesse hypochondriaque avec crainte de la mort et cependant impulsion suicide ; il correspond encore à une grande irascibilité. *Nux vomica* convient

aux gens de lettres, aux personnes qui ont fait abus du café, de liqueurs fortes, de veilles, de plaisirs vénériens; il convient à la constitution hémorrhoïdale. *Sulfur* s'allie avantageusement avec *nux vomica*.

Conium maculatum est indiqué chez les malades pâles et affaiblis, qui ont une grande tendance à se refroidir; chez les personnes qui ont fait des excès vénériens et chez celles qui ont vécu dans une abstinence absolue ; hypochondrie revenant par accès; digestion difficile avec beaucoup de gaz; impuissance; règles faibles ou supprimées; sommeil agité la nuit avec somnolence le jour; indifférence, peur des voleurs, fuite de la société avec crainte d'être seul; morosité, inaptitude au travail.

Les doses sont très-variables; il faut tâter la susceptibilité du sujet ; mais, en général, les hautes dilutions réussissent bien dans l'hypochondrie.

L'idée d'une maladie dangereuse ou contagieuse indique de préférence *calcarea*, *lachesis*, *sabadilla*, *natrum carbonicum*, *pulsatilla*, *sepia* et *ignatia*.

Calcarea est indiqué de préférence chez les personnes grasses, sanguines, lorsqu'il y a une grande incapacité intellectuelle avec caractère irritable et susceptible; *lachesis*, lorsque la crainte de la maladie existe surtout la nuit avec crainte de se coucher; *natrum carbonicum*, crainte de perdre la raison; *pulsatilla*, crainte d'une attaque d'apoplexie; *sepia*, crainte de devenir poitrinaire; *ignatia*, crainte d'un cancer à l'estomac. Nous donnons comme fort problématiques ces indications tirées de la crainte d'une maladie particulière; elles ont grand besoin d'être confirmées par l'expérience clinique. *Sabadilla* est indiqué par l'idée hypochondriaque poussée jusqu'à l'hallucination, idée qu'on a le ventre aplati, l'estomac ulcéré, le scrotum gonflé, etc., etc., etc. De tous ces médicaments, *ignatia* est celui qui m'a donné le plus de succès.

L'idée fixe d'une mort prochaine, la sensation de cette mort imminente indique de préférence *arsenicum* et *platina*. *Arsenicum* est plus spécialement indiqué quand il y a aggravation dans la solitude avec crainte de la société ; quand le sentiment de défaillance, de la vie qui s'éteint, prend sa source dans un ma-

laise qui part du ventre. *Platina* répond aux angoisses avec sentiment d'une mort prochaine et grande peur de la mort.

L'*impulsion suicide* indique *aurum*, *mercurius* et *staphysagria*, sans oublier *nux vomica*, dont nous avons déjà parlé. *Aurum* est indiqué par un caractère scrupuleux, mais surtout par des congestions de la tête et de la poitrine. *Mercurius* est indiqué par une tendance anxieuse au suicide, on désire la mort par découragement ; il y a en même temps crainte d'une maladie cérébrale, et somnolence diurne. J'ai obtenu plusieurs guérisons d'impulsion suicide avec *mercurius*. *Staphysagria* correspond à l'indifférence hypochondriaque, au dégoût de toute chose, poussé jusqu'au suicide. L'*insomnie opiniâtre* indique principalement *nux vomica*, *platina*, *hepar sulfuris*.

Les souffrances gastriques, cardiaques et pulmonaires, servent encore à fixer le choix des médicaments.

Traitement hygiénique. — Les soins hygiéniques sont d'une extrême importance dans le traitement de l'hypochondrie. Une alimentation tonique sans être excitante, la suppression du vin quand le cerveau se congestionne fortement; un exercice porté jusqu'à la transpiration et la fatigue musculaire ; des occupations forcées, obligatoires ; les bains froids, l'hydrothérapie, mais, par-dessus tout, les voyages, qui opèrent souvent des guérisons inespérées. Le *traitement moral* doit se borner à donner à l'esprit une occupation sérieuse; mais c'est une *illusion* de croire qu'on obtienne quelque chose en combattant par le raisonnement les idées fixes des hypochondriaques.

CHAPITRE VI

FOLIE

L'aliénation est si généralement confondue avec la folie ; l'analyse de ce symptôme est en général si mal faite, qu'avant de décrire la maladie *folie*, nous devons nous arrêter un instant sur le symptôme *aliénation*.

§ I. — Symptome, aliénation.

Des phénomènes qui constituent toute aliénation.

L'aliénation est un de ces symptômes complexes auxquels les anciens maîtres en séméiotique donnaient le nom de *syndrome*, c'est-à-dire un symptôme composé de plusieurs symptômes. Comme le *mouvement fébrile* est un syndrome composé de chaleur fébrile, de fréquence du pouls et de malaise général, de même l'aliénation est constituée par trois éléments ; ces trois éléments sont l'*hallucination*, l'*impulsion* et l'*idée délirante*. Réunis ou séparés, ils constituent toute aliénation.

I. Hallucination. — L'hallucination est une sensation dont l'objet n'existe pas.

L'hallucination peut se produire à propos d'une impression sur les sens externes ou en son absence ; elle peut même se produire en l'absence du sens externe lui-même, comme les hallucinations de la vue chez les aveugles. La sensation morbide qui constitue l'hallucination se produit donc dans cette partie du cerveau où, à l'état physiologique, les sensations externes sont transformées en sensations internes ; elles sont engendrées non par un vice des sens externes, mais par un désordre des sens internes.

Esquirol (1) ne donnait le nom d'*hallucination* qu'à la sensation morbide produite en l'absence de toute impression sur les sens externes, il distinguait sous le nom d'*illusion* la transformation d'une sensation ordinaire en hallucination. Ainsi, quand au lieu de nuages un malade voyait des chars, des armées, des animaux monstrueux ; ou bien quand il transformait en discours suivi le bruit de la pluie ou celui du vent, Esquirol disait qu'il y avait *illusion*.

Cette division d'Esquirol ne présente aucune utilité pratique et est purement artificielle. Le même malade a, dans la même journée, les mêmes hallucinations avec ou sans impression préalable sur les sens externes. Dans les deux cas, c'est

(1) Esquirol. Des maladies mentales. Paris, 1838.

un symptôme de même valeur séméiotique, et c'est toujours une sensation dont l'objet n'existe pas.

Les hallucinations se divisent naturellement en deux grandes classes : hallucinations des sens externes, hallucinations des sensations internes. Les premières comprennent les hallucinations des cinq sens : de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher ; les secondes correspondent à des sensations morbides qui se passent dans les viscères : sensation d'un animal dans le ventre, dans l'estomac ; sensation de fragilité extrême du corps et hallucinations du sens génital.

II. Impulsion maladive. — Dans l'état physiologique l'homme possède, en commun avec les animaux, une faculté par laquelle il est porté à l'acte en vertu d'un plaisir à atteindre ou d'une souffrance à éviter : c'est l'*impulsion animale.*

L'impulsion maladive n'est qu'une déviation pathologique de l'impulsion animale. Elle est caractérisé :

1° Par une absence complète de mobile extérieur. Dans ce cas, l'impulsion est purement subjective. Exemple : L'épileptique pris d'impulsion maladive en sortant de son attaque, frappe et tue la première personne qui lui tombe sous la main. Il est évident qu'il n'est mû par aucun mobile extérieur, puisqu'il ne choisit pas sa victime.

D'autres malades éprouvent un besoin irrésistible de mouvement, ils marchent sans cesse ; ou, s'ils sont assis, ils s'occupent continuellement à remuer sans but les objets qu'ils ont sous la main. Ici il n'y a nulle proportion entre l'acte et son mobile.

2° Le second caractère de l'impulsion maladive est de produire des actes contraires à la nature de son mobile.

On rencontre des malades torturés par une impulsion incessante, qui les porte à tuer une personne aimée, leur mère, leur enfant. Les annales de la médecine légale contiennent des exemples nombreux de ces impulsions ; elles s'observent principalement dans l'hystérie et dans l'empoisonnement alcoolique.

D'autres, plus nombreux encore, sont, plus ou moins irrésis-

tiblement, entraînés au suicide, malgré une crainte excessive de mourir. Les hypochondriaques, surtout, fournissent des exemples de ce genre d'impulsion.

3° Dans une troisième catégorie d'impulsion maladive, le rapport entre l'acte et le mobile est étrange et dépravé. Certains malades ont un goût prononcé pour les matières en putréfaction, la chair crue et pourrie des animaux abandonnés sur la voie publique. Il y a quelques années, un soldat offrait l'exemple extraordinaire d'une impulsion génitale irrésistible envers les femmes mortes ; et cette impulsion le portait à déterrer les cadavres dans les cimetières.

Quelques hystériques présentent des exemples nombreux de *goût dépravé;* elles recherchent avec avidité, pour les manger, de la craie, du liége, du charbon, du fil et d'autres substances impropres à la nutrition.

Plusieurs médecins ont voulu faire de l'*irrésistibilité* un caractère de l'impulsion maladive. Ce caractère existe d'emblée seulement dans la variété d'impulsion que nous décrirons sous le nom d'*automatique*, c'est-à-dire dans l'impulsion qui conclut brusquement à l'acte sans que le malade ait conscience du mobile qui le fait agir, et quelquefois sans qu'il ait conscience de l'acte lui-même.

Les autres impulsions arrivent souvent aussi à l'irrésistibilité, mais seulement après une lutte plus ou moins longue, lutte pleine d'angoisse et d'anxiété, et qui constitue une ressemblance de plus entre les impulsions maladives et les impulsions physiologiques, c'est-à-dire les passions.

Division des impulsions maladives. — Au point de vue séméiologique, les impulsions doivent être séparées en deux grandes classes : les impulsions conscientes et les impulsions automatiques.

a.) Impulsions conscientes.—Les impulsions conscientes se subdivisent elles-mêmes en *impulsions anxieuses* et en *impulsions expansives.*

Les *impulsions anxieuses* sont ainsi appelées parce que la lutte intérieure dont elles s'accompagnent détermine un senti-

ment d'angoisse et d'anxiété considérables. Les principales sont : l'impulsion à la tristesse ou *mélancolie*, l'impulsion homicide, l'impulsion suicide, l'impulsion incendiaire, l'impulsion érotique, l'impulsion aux boissons alcooliques, l'impulsion au vol, l'impulsion à manger certaines substances.

Les *impulsions expansives* s'accompagnent d'une sorte de surexcitation qui les caractérise. Les principales sont : les impulsions à parler, à chanter, à rire, à entrer en fureur ; les impulsions aux mouvements. — Certaines impulsions érotiques revêtent le caractère *expansif*.

b.) Impulsions inconscientes. — Les *impulsions automatiques* ont pour caractère de conclure instantanément à l'acte ; elles sont habituellement irrésistibles, et les malades n'ont qu'une conscience vague ou même n'ont nulle conscience et de l'acte lui-même et du mobile qui les pousse. Les principales impulsions automatiques sont la fureur, l'homicide, le suicide, le satyriasis.

III. Idée délirante. — Comme l'hallucination est une sensation créée par les sens internes et sans réalité objective, de même l'idée délirante est une création de l'imagination, une fiction pure ; seulement cette idée délirante se développe de deux manières différentes : tantôt elle est créée directement par les sens internes, tantôt elle se développe à propos d'une hallucination préalable.

Quel que soit son mode de production, l'idée délirante de l'aliénation entraîne, comme l'hallucination de même nature, la croyance du malade à la réalité de son existence objective et s'accompagne de désordres nombreux dans tous les sens internes.

Prenons pour exemple l'idée délirante, si commune chez les fous, de la toute-puissance.

Mon imagination crée cette idée que je suis roi ; que ce soit par suite d'une hallucination ou spontanément, peu importe : voilà l'idée délirante produite. Etudions maintenant la manière dont les sens internes et la raison se comportent chez les malades vis-à-vis de cette idée délirante.

Dans l'état de santé, si une idée analogue se produit dans l'imagination, aussitôt tous les autres sens internes interviennent pour démontrer que c'est une idée sans réalité objective, la raison n'en est jamais ébranlée, et les rêveurs peuvent se complaire à construire des *châteaux en Espagne*, sans passer pour fous dans le sens médical de ce mot ; « ils se réveillent gros Jean comme devant, » et voilà tout. Mais chez le malade les choses se passent différemment ; la fiction n'éveille plus dans la *conscience sensible* la sensation qui la distingue de la réalité, en sorte que le malade ne sait plus s'il imagine, s'il se souvient ou s'il perçoit une idée se rapportant à une réalité présente ; il est, sous ce rapport, comme l'hystérique qui a perdu la conscience de la contraction musculaire, et qui ne sait plus distinguer, ses yeux étant fermés, si elle a simplement voulu étendre le bras ou si elle l'a étendu en effet.

Le *sensus communis*, qui a pour mission de comparer entre elles les sensations apportées par les divers sens et de les rectifier l'une par l'autre ; qui de plus, au moins chez l'homme, compare les images actuelles avec celles reçues antérieurement, et juge par cette comparaison de la rationalité de l'idée sensible, est complètement en défaut chez le malade frappé d'aliénation. Ainsi, pour conserver le même exemple, chez le malade qui se croit roi, le *sensus communis* ne fait pas ressortir tout ce qu'il y a de contradictoire entre cette idée et soit les sensations actuellement perçues, soit les idées sensibles accumulées dans la mémoire, et qui démontrerait au besoin qu'avant d'être roi on était Pierre ou Paul, ce qui est absurde.

L'*estimativité* est altérée de deux manières différentes : tantôt elle est complètement subjuguée par l'idée délirante, en sorte que le malade ne juge plus des choses extérieures qu'au point de vue de son idée délirante ; ainsi il estime que telle manière de lui parler est inconvenante, à cause de sa qualité de roi ; il ne voit pas l'état de misère et de privation dans lequel il peut se trouver, il estime indigne de sa toute-puissance les soins matériels qu'on lui procure et qui sont cependant de première nécessité.

Dans une autre catégorie de malades l'estimativité relative

est conservée, ce qui amène souvent de singulières contradictions dans la conduite des malades. Ainsi, les paralytiques qui se croient riches à millions, qui ont tout en or, comme ils disent souvent, acceptent avec reconnaissance et même sollicitent deux sous pour acheter du tabac.

La *mémoire* est habituellement parfaitement conservée. Cependant, dans certaines maladies, la démence et la paralysie générale, les idées délirantes se rencontrent toujours avec une diminution notable de la mémoire.

Si les rapports de l'intellect et de l'animalité subsistaient dans leur intégrité, *la raison* suffirait à redresser les erreurs des sens internes ; mais ces rapports n'existent plus et l'intellect subjugué met toutes ces facultés au service de l'idée délirante, en sorte que dans l'exemple que nous avons choisi le malade pense et agit comme si en réalité il était roi.

a). *Division des idées délirantes.* — Les idées délirantes présentent au point de vue séméiotique trois variétés principales :

1° *Idée délirante* avec perte complète de la conscience et de la mémoire. C'est l'idée délirante que l'on rencontre comme partie principale du syndrome *délire* .

2° *Idée délirante* avec conservation relative de l'estimativité et obscurcissement de la mémoire. Cette variété entre comme élément principal de l'aliénation que l'on rencontre chez les déments et chez les paralytiques.

3° *Idée délirante* avec conservation de la mémoire et perte de l'estimativité. C'est cette variété qui, avec les hallucinations et les impulsions, constitue l'aliénation la plus fréquente : celle des fous, des hystériques, des empoisonnés, etc.

Des variétés d'aliénations. — L'association de l'idée délirante, des hallucinations et des impulsions maladives constitue le syndrome qui a reçu le nom d'aliénation. Cependant l'impulsion maladive peut exister seule, ainsi que nous l'avons dit précédemment, et constituer une variété d'aliénation. L'aliénation présente à étudier quatre variétés très-distinctes : la *manie*, la *monomanie*, la *lypémanie* et les *impulsions maladives*.

A.) La manie est constituée par la succession rapide d'idées délirantes multiples, avec hallucinations en rapport avec ces idées et impulsions expansives.

a.) La succession trop rapide des idées délirantes constitue l'incohérence maniaque.

b.) Une impulsion violente au mouvement, à parler, à chanter, constitue l'agitation maniaque.

c.) L'impulsion violente à crier, à frapper, à exercer des violences, constitue la fureur maniaque.

B.) La monomanie est constituée par un petit nombre d'idées délirantes avec prédominance de l'une d'elles; hallucinations en rapport avec cette idée et impulsion expansive. La monomanie prend le nom de l'idée délirante principale : monomanie des grandeurs, des richesses, etc.

C.) La lypémanie est constituée comme la monomanie, avec cette différence que c'est une impulsion anxieuse qui domine : lypémanie de persécution, de damnation, etc.

D.) Impulsion maladive. Cette variété d'aliénation a été suffisamment étudiée précédemment; nous n'y reviendrons pas ici.

Ni l'incohérence, ni la marche aiguë, ni le mouvement fébrile ne peuvent servir à distinguer le *délire* de l'*aliénation*. Le véritable caractère distinctif de ces deux symptômes ressort de l'analyse que nous avons faite de ce dernier symptôme, et nous l'avons déjà indiqué tout en poursuivant notre description Dans l'aliénation la conscience sensible, quoique désordonnée, subsiste cependant, en sorte que l'aliéné, bien qu'il accepte comme raisonnables les idées délirantes qui troublent son cerveau, a parfaitement conscience de l'existence de ces idées; aussi sa mémoire en conserve un souvenir très-exact. Le malade dans le délire, au contraire, a perdu toute conscience de son état; aussi après la guérison, il ne se souvient plus de tout ce qui s'est passé pendant les jours de son délire; ce jours-là sont pour lui, comme s'ils n'avaient pas été. En un

mot, je comparerai l'aliénation au rêve lucide dont on se souvient au réveil, et le délire au rêve non lucide qui ne laisse aucun souvenir, ou qui n'en laisse que de très-confus.

§ II. — Folie.

La folie est une maladie caractérisée par l'aliénation, elle présente à étudier quatre formes distinctes : la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme maligne*, la *forme périodique*.

I. Forme bénigne. — La forme bénigne de la folie est caractérisée : 1° par sa marche continue; 2° par sa durée constamment courte, qui s'étend d'un septénaire à trois mois, et dépasse rarement une année ; 3° par sa terminaison heureuse, souvent accompagnée de crises : diarrhée, abcès, hémorrhagies ; 4° par des causes occasionnelles, presque toujours appréciables : émotion morale violente, insolation, excès alcoolique passager, état puerpéral; 5° l'aliénation qui domine dans cette forme est la manie, la lypémanie, la mélancolie poussée jusqu'à la stupidité, ou l'alternance, la succession de la lypémanie et de la manie.

Nous remarquerons, avant d'aller plus loin, que c'est l'ensemble, le concours de la plupart de ces circonstances qui caractérisent la forme bénigne de la folie, et que, prises séparément, chacune d'elles a peu de valeur; ainsi la manie et la marche aiguë caractérisent la forme maligne, et l'état puerpéral est une condition favorable au développement de toutes les formes de la maladie.

La forme bénigne de la folie est très-fréquente, c'est elle qui, par sa guérison facile et spontanée, explique comment il se fait qu'Esquirol et la plupart des aliénistes affirment avoir guéri radicalement le tiers de leurs malades.

La forme bénigne de la folie présente à étudier quatre variétés fondées sur la différence de l'aliénation : variétés maniaques, lypémaniaques, à double forme, avec prédominance de la stupidité.

1re *variété*. Forme bénigne maniaque. — *Prodromes*. — Ils ne sont pas constants, et la maladie peut débuter brusquement à la suite d'une émotion morale, d'un excès, d'une insolation.

L'insomnie, des impulsions inaccoutumées, une sorte d'étourdissement avec ou sans céphalalgie, constituent les prodromes les plus habituels de cette variété : puis la maladie éclate avec les apparences d'un accès de fureur.

Pendant la plus grande partie de sa durée, la maladie est caractérisée par le symptôme *manie*. Les malades, en proie aux hallucinations les plus variées, très-souvent effrayantes, sont dans une agitation continuelle, les idées délirantes se succèdent avec rapidité et souvent elles sont incohérentes. Ces malades ont de fréquents accès de fureur, pendant lesquels ils vocifèrent continuellement. L'insomnie est complète dans les premiers temps, l'appétit nul, et quoiqu'il n'y ait pas de fièvre, les malades maigrissent rapidement.

Après une durée de quelques jours, ou même de quelques semaines, les accès de fureur s'éloignent, le sommeil et l'appétit reviennent, les idées délirantes sont moins incohérentes, les hallucinations s'effacent et le malade commence à reconnaître les personnes qui l'entourent ; enfin les idées délirantes cessent complètement ; le malade, étonné, cherche à se rendre compte de ce qui s'est passé ; il croit encore à la réalité des hallucinations et des idées délirantes qui l'ont agité ; puis, la lumière se fait ; il reconnaît qu'il a été malade, se rappelle exactement tout ce qui s'est passé ; la guérison est alors assurée ; d'autres fois, la guérison s'opère brusquement à la suite d'une crise. Les crises les plus habituelles sont des abcès, des diarrhées, des hémorrhagies.

2e *variété*. Forme bénigne lypémaniaque. — Les prodromes de cette variété sont caractérisés par de la tristesse, des pressentiments fâcheux, des terreurs sans motifs, un ennui profond, un dégoût de toutes choses ; puis la maladie est caractérisée par la prédominance d'une idée triste, des hallucinations

en rapport avec cette idée, et très-souvent des impulsions au suicide.

Dans la période d'état, les malades, opprimés par une tristesse profonde, pâles, amaigris, froids, passent les jours et les nuits torturés par un petit nombre d'idées tristes; idées d'empoisonnement, d'une condamnation à mort, de damnation éternelle, de supplice inimaginables. Immobiles, l'œil fixe, l'oreille attentive, ils subissent les hallucinations les plus terrifiantes; sans sommeil, avec un pouls petit et lent, une peau froide, ils deviennent *gâteux* et le plus souvent il faut employer la contrainte pour les forcer à prendre quelques aliments.

Dans la période décroissante, les malades commencent à regarder autour d'eux. Le sommeil revient pendant quelques heures, et s'ils ne sont pas tourmentés par la crainte d'être empoisonnés, ils prennent volontiers un peu de nourriture. Les évacuations involontaires, ou plutôt inconscientes, ne se produisent plus. Les idées délirantes et les hallucinations cessent peu à peu, et les malades reviennent à la santé comme dans la variété précédente, rapidement, à la suite d'une crise, ou plus lentement et peu à peu.

3° *variété*. Forme bénigne à double forme. — Chez quelques malades, on observe une succession assez régulière de la *lypémanie* et de la *manie;* cette succession a frappé les auteurs modernes qui ont voulu en faire une forme particulière de la folie. Mais nous retrouverons cette succession dans la forme commune. Ce n'est donc point une forme, mais une variété. Dans la forme bénigne, cette variété est caractérisée par la succession régulière de la lypémanie et de la manie. Nous trouvons inutile de décrire de nouveau ces deux symptômes. Les faits que M. Baillarger range dans la première catégorie de la *folie à double forme*, et une partie de ceux de la dernière, sont tous des observations de forme bénigne de la folie (1).

4° *variété*. Stupidité. — J'ai hésité longtemps pour savoir si je classerais la *stupidité* décrite par Georget, parmi les formes

(1) Bull. de l'Acad. de médecine, 1854, t. XIX, p. 350.

de la folie. Après avoir relu avec attention les observations qui me sont propres et celles publiées par Etoc et par Baillarger, je crois qu'on doit considérer, suivant l'avis de ce dernier médecin, la *stupidité* comme une variété du symptôme lypémanie, et que, par conséquent, la stupidité ne peut servir, tout au plus, qu'à caractériser, soit une variété de la forme bénigne, soit une complication de la forme commune.

La variété de forme bénigne, caractérisée par la stupidité, débute par la tristesse, cette tristesse est remplacée par la lypémanie qui atteint promptement un très-haut degré et détermine souvent des tentatives de suicide. Après quelques jours de cet état, les malades, de plus en plus absorbés par leurs pensées tristes, tombent dans une concentration intellectuelle si profonde, que le monde extérieur n'existe plus pour eux; immobiles, le plus souvent couchés, les yeux largement ouverts, sans expression, la figure hébétée, en proie à des hallucinations terrifiantes, dont l'impression ne se peint même plus sur leur physionomie; sans mouvement, sans parole, gâteux, ils offrent le tableau de la démence arrivée à son plus haut degré.

Au bout de quelques semaines, cet état diminue; ils répondent lentement et par monosyllabes aux questions qu'on leur adresse; puis, tantôt après une crise, tantôt sans crise, ils reviennent à leur état naturel; la figure reprend son expression, le malade parle, travaille, reprend ses relations avec ceux qui l'entourent. Il raconte alors, que pendant cette absence apparente de l'intelligence, il était en proie à des idées tristes plus ou moins actives, à des hallucinations en rapport avec ces idées, et le plus souvent à une insomnie complète. Cette variété n'est donc qu'un degré plus avancé de la variété lypémaniaque.

La forme bénigne de la folie peut se reproduire plusieurs fois, mais à des intervalles irréguliers, pendant la vie des malades.

II. Forme commune. — La forme commune de la folie est caractérisée par le symptôme monomanie ou par le symptôme lypémanie; la manie n'apparaît, dans cette forme, que comme un symptôme accidentel, soit au début, soit dans le cours de la

maladie. La marche est rémittente, la durée très-longue, l'incurabilité habituelle.

Cette forme n'est peut-être pas la plus fréquente, mais je l'appelle *commune*, parce qu'elle présente, dans son évolution, la plupart des symptômes observés dans les autres formes, et aussi parce qu'elle a servi de type à la description de la folie.

Les variétés de la forme commune se tirent de la marche de la maladie et de la prédominance du symptôme aliénation, qui est tantôt une *monomanie*, tantôt une *lypémanie*. Il y a trois variétés de la forme commune : la *monomaniaque*, la *lypémaniaque* et la *variété circulaire* de Falret, c'est-à-dire celle caractérisée par l'alternance à peu près régulière de la lypémanie et de la manie.

1re *variété*. Forme commune monomaniaque. — Elle est habituellement précédée de prodromes fort longs. Ce sont habituellement des insomnies prolongées, des changements dans le caractère, des alternatives extraordinaires de surexcitation et d'affaissement. De temps à autre, les malades émettent des idées bizarres, ils ont quelque chose d'excentrique dans leurs allures, des impulsions inaccoutumées et déjà maladives, impulsions qui les conduisent, soit à des excès en dehors de leurs habitudes, soit même à des actes criminels ; puis la maladie éclate, soit par une attaque de manie, soit par une série d'idées délirantes et les hallucinations qui s'y rapportent.

Il arrive fréquemment que cet ensemble de symptômes, après avoir duré quelques semaines, cesse complètement, et que les malades guéris, au moins en apparence, sont rendus à leur vie habituelle pendant un temps plus ou moins long, puis après deux, trois attaques semblables, la maladie ne présente plus de rémission complète et arrive ainsi à sa *période d'état*.

A ce moment, la maladie se caractérise par un petit nombre d'idées délirantes habilement systématisées, des hallucinations en rapport avec ces idées, et des impulsions expansives. Le malade est prophète, envoyé de Dieu, il a une mission à remplir, il voit et il entend les messagers de Dieu qui lui apportent

ses instructions ; actif, affairé, il parle ou il écrit continuellement pour accomplir sa mission ; sa physionomie, ses allures, ses vêtements même, sont en rapport avec son idée délirante.

D'autres malades croient être roi, empereur, mais habituellement cette idée est encore plus particularisée. Ils sont Louis XVII, par exemple, ou Napoléon II. Alors ils parlent et ils agissent comme s'ils étaient réellement un personnage historique. J'ai vu à Bicêtre un Louis XVIII drapé dans ses haillons, à la démarche fière, à la parole hautaine, et chez lequel un profil bourbonnien avait certainement contribué à faire naître et à entretenir l'idée délirante.

Chez ces malades, les idées délirantes sont toujours systématisées, c'est-à-dire qu'ils ont des explications aussi rapprochées que possible de la raison pour justifier leurs idées folles, et que, leur point de départ une fois admis, ils ont dans leur conduite et leurs paroles une logique qui pourrait faire illusion.

Les projets d'évasion et de vengeance, les actes quelquefois violents et criminels qui se rattachent à leur rôle sont exécutés avec une énergie et avec une adresse qui font de ces malades les fous les plus dangereux. Les uns veulent baptiser l'humanité d'un baptême de sang, et ils assassinent ; d'autres ont à se venger d'injures imaginaires, et sont conduits à des actes criminels. Heureusement que la plupart se bornent à réformer le genre humain ou à lui annoncer sa destinée future, ou encore à lui persuader d'accepter quelque invention merveilleuse.

A des époques variables, ces malades sont pris d'agitation et d'une véritable *manie*, pendant laquelle l'idée délirante principale se trouve mêlée à des idées délirantes très-diverses. Les hallucinations se multiplient à ce moment de la maladie, et souvent alors se manifestent des impulsions à la fureur.

La période d'état peut durer des années entières avec des exacerbations et des rémissions irrégulières. Pendant la période de rémission, l'idée délirante perd beaucoup de son activité ; les hallucinations deviennent de plus en plus rares ; le malade peut, jusqu'à un certain point, maîtriser ses impul-

sions, et il reprend, au moins en apparence, les allures d'un homme raisonnable. On comprend toute l'importance de l'étude de cette période au point de vue de la médecine légale. Aussi nous y reviendrons tout à l'heure.

Si le malade doit guérir, ce qui est rare, la rémission se prononce de plus en plus ; l'idée délirante cesse complètement, et le malade, rentré en possession de lui-même, se rend un compte exact de sa situation. Il se rappelle ses longues années de délire et reconnaît qu'il a été malade, et c'est là le meilleur signe de sa guérison.

Mais le plus souvent la période de rémission que nous venons de décrire se prolonge indéfiniment, et le malade, désormais incurable, peut atteindre l'extrême vieillesse sans que sa maladie subisse de modifications notables. Les asiles contiennent tous un certain nombre de ces malades, désignés, d'après la classification en usage, sous le nom de monomanes. Pliés à la discipline de la maison, plus ou moins maîtres d'eux-mêmes, ils sont susceptibles d'un travail assez régulier, et on voit les rois, les empereurs, les prophètes, les dieux même, se conduire comme de simples mortels. Seulement ils conservent dans leur for intérieur leur idée délirante ; et si on veut discuter cette idée, on s'aperçoit bientôt, à l'opiniâtreté de la défense, qu'elle a conservé tout son empire. De temps à autre, surtout dans les premiers temps, cette dernière période présente encore quelques jours d'exacerbation, réminiscence de la période précédente, mais le calme se fait de plus en plus, et le malade reste définitivement dans l'état que nous venons de décrire.

On a dit et répété que la folie se terminait par la démence. Cette opinion a pris naissance à une époque où on confondait la paralysie générale avec la folie ; mais aujourd'hui que cette distinction existe, on peut se convaincre que les fous atteints de la forme commune ne finissent pas par la démence, mais bien par l'état que nous venons de décrire. Que l'on relise les observations d'Esquirol, que l'on jette un coup d'œil sur la po-

putation des asiles, et l'on sera bientôt convaincu de la vérité que nous défendons.

Cela ne veut pas dire cependant que la folie soit une maladie préservative de la démence. Ainsi on rencontre des fous qui, arrivés à l'âge de la démence, voient cette maladie se développer soit sous sa forme commune, soit sous sa forme hémorrhagique ; mais ici la démence survient, non comme une conséquence fatale de la folie, mais comme une maladie essentielle qui succède à une autre, au même titre que la phthisie, par exemple, succède à la rougeole.

Nous voulons revenir un instant sur cette variété monomaniaque de la forme commune pour montrer quelles sont les difficultés que présente quelquefois son diagnostic, et par conséquent l'extrême importance de cette étude au point de vue de la médecine légale.

La difficulté naît surtout du genre de l'idée délirante. Ainsi le vulgaire reconnaîtra du premier coup d'œil un fou qui prétend être roi ou pape ou Dieu ; mais, lorsque l'idée délirante a un objet moins étrange, le vulgaire peut se tromper et se trompe tous les jours sur le diagnostic. Ainsi voilà un simple employé dont l'idée délirante consiste à se croire persécuté par une ligue d'ennemis tout-puissants qui veulent l'empoisonner, par exemple. Si ce malade laissait lire dans sa pensée, l'idée délirante serait bien vite reconnue, mais, soit conscience vague de sa maladie, soit crainte de n'être pas pris au sérieux, il dissimule avec le plus grand soin son état intérieur ; seulement il devient triste, défiant, et sa conduite est pleine de bizarreries qu'on ne s'explique pas. Il change incessamment de domicile, s'enferme chez lui pour manger, prépare ses repas lui-même, simule des absences, déguise et cache toutes ses démarches, témoigne de la crainte, du mécontentement ou de la haine sans qu'on puisse en saisir le motif ; tout au plus parle-t-il quelquefois vaguement d'ennemis, de persécution.

Si on pénètre dans la pensée de ces malades, ce qui est souvent possible, parce qu'ils ont une grande tendance à écrire leurs impressions, on voit bien vite que toutes ces bizarreries tiennent à une idée très-nette de persécution accompagnée

d'hallucination de l'ouïe et de la vue qui confirment de plus en plus le malade dans son idée maladive. Autrement la maladie reste méconnue fort longtemps et se traduit au dehors, pour la première fois, par un coup de couteau ou une violence quelconque exercée contre ces prétendus ennemis.

Les fastes judiciaires contiennent un grand nombre d'histoires qui rentrent complètement dans la description que nous venons de présenter ; il faut donc savoir que, pendant la période d'invasion de la forme commune, et pendant les rémissions de la période d'état, les malades peuvent dissimuler et dissimulent habituellement leur idée délirante ; qu'un grand nombre restent dans le monde et accomplissent très-régulièrement les devoirs de leur profession, et que l'impulsion maladive venant à dominer leur volonté, ils accomplissent, habituellement sous l'influence d'une hallucination, des actes violents et criminels dont ils ne sont pas responsables. Nous ajouterons qu'une fois la maladie reconnue, soit avant, soit après l'acte de violence, ces malades devraient être soumis à une réclusion perpétuelle, parce qu'il n'y a aucun signe certain d'une guérison à l'abri de récidive, et que ces malades sont de tous les plus dangereux par leur opiniâtreté, leur énergie et leur ruse.

2e *variété*. Forme commune lypémaniaque. — Cette variété débute habituellement par des scrupules et des craintes exagérées, accompagnées d'une tristesse profonde et d'un changement notable du caractère, qui devient défiant, haineux ou timide à l'excès. Presque toujours dans cette première période les malades sont en proie à des douleurs de tête ou à un sentiment de vague qui les fait beaucoup souffrir. L'insomnie est un symptôme presque constant.

Peu à peu, une des idées tristes prend sur les autres une grande prédominance et l'idée délirante se constitue ainsi graduellement. Quelquefois, au contraire, cette idée est produite rapidement sous l'influence d'une hallucination ; le malade voit des assassins qui le poursuivent, il entend une voix qui répète :

damné ! damné ! Et la maladie arrive ainsi tout à coup à sa période d'état.

Comme dans la variété précédente, la marche de la maladie est irrégulièrement périodique. Elle présente dans les premiers temps des rémissions complètes ; et si l'idée délirante n'est pas trop extraordinaire, ces malades restent dans le monde encore assez longtemps.

La maladie constituée par une idée de persécution ou de damnation, par des hallucinations en rapport avec ces idées délirantes et des impulsions tristes et anxieuses, suit la marche et parcourt les périodes que nous avons déjà décrites à propos de la variété monomoniaque.

3e *variété.* Forme commune circulaire. — Cette variété est constituée par la succession et l'alternance à peu près régulières de la manie et de la monomanie. C'est surtout cette variété que M. Falret (1) a eu en vue quand il a décrit ce qu'il appelle la *forme circulaire* de la folie. Toute une catégorie des états que M. Baillarger a réunis sous le nom de folie *à double forme* appartient aussi à cette variété de la forme commune. C'est la 4e catégorie, dans laquelle les accès se succèdent sans interruptions et sans intermittences véritables (2).

Dans la variété circulaire, la phase monomaniaque et la phase maniaque présentent régulièrement une période d'accroissement, une période d'état et une période de décroissance. En sorte que la maladie ne présente point dans sa marche cet état stationnaire prolongé si caractéristique dans les autres variétés de la forme commune. Aussi M. Falret, trompé par cette mobilité et par cette acuité apparente dans la marche de la maladie, s'étonne-t-il de voir les formes circulaires presque toujours incurables, tandis que les deux variétés d'aliénation qui la constituent sont habituellement très-curables. Ceci prouve une fois de plus combien est fausse l'opinion qui veut faire des formes de la folie avec des variétés d'aliénation. Ce n'est pas la manie ou la monomanie qui sont plus ou moins

(1) Falret. Des maladies mentales. Paris, 1864.
(2) Baillarger. Loc. cit., p. 350.

curables, mais bien les formes de la folie dans lesquelles se montrent ces deux symptômes.

La variété circulaire suit habituellement une marche plus rapide que les deux autres variétés. Ses terminaisons sont analogues et le passage à la chronicité et à l'incurabilité est de toutes la plus fréquente. A cette période, la manie et la monomanie sont bien effacées, et on a de la peine à suivre le cycle fatal qui cependant continue à caractériser cette variété jusqu'à la mort du malade.

III. Forme maligne. — Cette forme est caractérisée par une marche rapide, une durée très-courte, une terminaison presque toujours mortelle, l'incohérence, l'agitation et la fureur maniaque pendant la plus grande partie de sa durée.

Cette forme peut débuter brusquement par un accès de manie aiguë, et parcourir toutes ses périodes en quelques jours. Ce début est rare et il s'observe surtout quand la maladie reconnaît pour cause une émotion violente : la frayeur, la colère, un chagrin subit et imprévu. Mais le plus ordinairement la manie aiguë est précédée d'une période d'invasion qui dure plusieurs semaines. Cette période d'invasion est caractérisée le plus souvent par une mélancolie ou une lypémanie profonde, présentant des périodes d'exacerbations et de rémission quelquefois complète. C'est pendant une de ces périodes d'exacerbation que la manie éclate et que la maladie arrive à sa période d'état.

La période d'état a généralement été décrite sous le nom de *délire aigu*, parce que l'incohérence et la fureur maniaque qui caractérisent cette période et le mouvement fébrile qui l'accompagne, donnent à la maladie une grande ressemblance avec la méningite.

L'inconvénient principal de cette dénomination est de désigner une forme de maladie par le nom d'un symptôme commun à plusieurs maladies. De plus, l'inflammation de la pie-mère et de la couche superficielle de la substance grise, la méningite en un mot, survient, il est vrai, comme une complication fréquente dans les derniers jours de la forme maligne;

mais cette même complication se montre aussi, quoique très-rarement, dans le cours de la forme commune; et enfin elle manque quelquefois dans la forme maligne, même quand cette forme se termine par la mort, comme le démontrent les autopsies rapportées dans les premières observations de M. Brierre de Boismont (1).

Voici la marche habituelle de cette maladie :

Après une période de lypémanie ou sans aucun symptôme précurseur, la manie aiguë éclate et atteint rapidement son plus haut degré. La face est rouge, les yeux animés; les malades, en proie à des idées délirantes extrêmement mobiles, à des hallucinations multiples, sont très-agités; ils parlent, crient, vocifèrent. Sans cesse en mouvement, ils marchent sans but; puis bientôt poussés à la fureur, ils brisent les meubles, frappent et mordent leurs gardiens.

La fureur peut se prolonger pendant plusieurs jours, mais d'autres fois elle présente des rémissions plus ou moins complètes. Pendant la période d'agitation il est habituellement possible de saisir au milieu de l'incohérence du langage les idées délirantes principales; mais ces idées se manifestent surtout pendant la période de rémission. Pendant la plus grande partie de leur maladie, certains malades reconnaissent encore les personnes qui les entourent, et manifestent leur volonté avec une opiniâtreté que l'on ne rencontre jamais dans la méningite essentielle et dans le délire symptomatique des maladies aiguës.

Après plusieurs jours de cet état violent, apparaissent de nouveaux phénomènes; le mouvement fébrile devient continu, la peau est brûlante, le pouls petit et très-fréquent; la langue se sèche, les dents deviennent fuligineuses; l'amaigrissement fait des progrès très-rapides : les forces diminuent considérablement; les malades refusent obstinément les aliments et les boissons; ils sont pris d'un crachotement perpétuel, qui les a fait comparer aux enragés.

Cependant l'agitation et l'insomnie continuent, et les ma-

(1) Brierre de Boismont. Du délire aigu, observé dans les établissements d'aliénés. Paris, 1845.

lades, épuisés par toutes ces causes, tombent dans une période d'affaissement, prélude de la mort. Le pouls est de plus en plus rapide, la peau se refroidit; les yeux, très-injectés, enduits d'un mucus puriforme abondant, sont enfoncés dans les orbites; la bouche est desséchée et fuligineuse ; les malades ne parlent plus, ne s'agitent plus. Quelquefois apparaissent les soubresauts des tendons et la carphologie; ils refusent de boire jusqu'au dernier moment et souvent ne reconnaissent leurs proches que pour les injurier. Enfin ils succombent habituellement sans agonie et comme épuisés par la maladie.

Quand les malades doivent guérir, les rémissions que l'on observe dans la marche de la maladie se prononcent de plus en plus ; le calme se prolonge, la nourriture et la boisson sont acceptées, le sommeil reparaît; des intervalles de raison complète sont les avant-coureurs prochains d'une guérison qui se fait rarement attendre plus de trois semaines. Quelquefois les malades arrivent jusqu'à la période d'affaissement, et pour ainsi dire sur les limites de l'agonie. A ce moment la maladie s'arrête, le pouls se relève, la langue s'humecte, les malades consentent à boire, les idées délirantes s'éloignent, le sommeil revient et ils guérissent alors que l'on croyait tout perdu. Mais il ne faut pas compter sur cette terminaison, qui est extrêmement rare; souvent elle s'accompagne de la formation d'abcès considérables. M. Brierre de Boismont a publié un exemple remarquable de cette terminaison.

IV. Forme périodique. — Cette forme est assez rare ; elle est très-bien caractérisée et a été distinguée par la plupart des auteurs. On la reconnaît aux caractères suivants : les attaques sont semblables entre elles et reviennent à des époques fixes, mais éloignées ; les symptômes ont une marche continue pendant les attaques ; la variété d'aliénation qui caractérise les attaques est le plus souvent la manie, ou bien la succession régulière de la lypémanie et de la manie (folie à double forme); cette forme de la folie peut guérir complètement.

Nous avons substitué au mot *intermittent*, généralement employé de nos jours pour désigner cette forme de folie, le mot

périodique, parce que l'expression *intermittent* sert à désigner un type propre aux maladies aiguës, tandis que le mot *périodique* convient mieux pour désigner un type correspondant des maladies à longues périodes, comme les maladies chroniques.

Dans les cas de cette forme que j'ai observés, les prodromes consistaient dans une grande pesanteur de tête et de picotements dans les yeux. D'autres fois, ce sont des douleurs vagues dans différentes parties, des défaillances, quelquefois un état fébrile. L'insomnie et les changements dans le caractère se retrouvent encore ici comme phénomène précurseur. Mais ce qui est remarquable dans cette forme, c'est que, quels que soient les prodromes, ils se reproduisent identiquement les mêmes à chaque attaque.

La maladie, une fois commencée, marche sans présenter de rémissions marquées pendant toute la durée de l'attaque. Tantôt elle est caractérisée par la manie avec incohérence et agitation, tantôt par la succession de la lypémanie et de la manie, ce qui constitue deux variétés de cette forme ; la dernière a été décrite par M. Baillarger sous le nom de *folie à double forme ;* ce sont les faits contenus dans sa seconde catégorie. La maladie se termine assez brusquement, sans crise appréciable, après une durée de quelques mois.

Les attaques se reproduisent régulièrement après un intervalle de un, deux, trois et six ans. Les attaques sont semblables entre elles, commencent et se terminent de la même manière ; elles ont la même durée. La guérison a lieu après un nombre variable d'attaques. J'ai trouvé dans Esquirol (1) une observation dans laquelle la guérison eut lieu après dix attaques.

La forme périodique de la folie se distingue des récidives de la forme bénigne parce que, dans cette dernière, les attaques ne se ressemblent point et ne reviennent pas à des époques régulières.

Étiologie. — L'*hérédité* est certainement la cause la plus importante dans la production de la folie. Cette hérédité est

(1) Esquirol. Des maladies mentales, t. I, p. 384. Paris, 1838.

directe ou collatérale. D'autres fois elle saute une génération ; elle est plus fréquente dans une proportion fort notable par la mère que par le père. Son influence est moins marquée chez les enfants nés avant la maladie de leurs ascendants que chez ceux qui sont nés après. Comme les autres maladies héréditaires, elle frappe quelquefois exclusivement les garçons ou les filles. Moreau, se fondant sur de nombreuses recherches, a avancé que les enfants qui physiquement ressemblent à l'ascendant malade étaient moins exposés à contracter la maladie. Les enfants engendrés pendant l'*ivresse* seraient, suivant certains auteurs, plus exposés à la folie que ceux nés de parents aliénés. La *consanguinité* est une cause puissante de folie.

Les *femmes* fournissent un nombre un peu plus considérable de victimes, et les *célibataires* beaucoup plus que les personnes mariées.

La folie est extrêmement rare avant la *puberté*. Chez les femmes, la première *menstruation*, la *ménopause*, la *grossesse*, l'*accouchement* et la *lactation* sont des causes fréquentes de folie.

L'état avancé de la *civilisation* est évidemment favorable à la folie. Ainsi, cette maladie est presque inconnue chez les sauvages, et en Europe elle est beaucoup plus fréquente dans les villes que dans les campagnes. D'après Ellis, les catholiques seraient moins sujets à la monomanie religieuse que les protestants.

Certaines *professions* prédisposent à la maladie à cause des *habitudes* qu'elles comportent. Les marchands de vins, les militaires fournissent un plus grand nombre de fous que les autres professions.

Le *chagrin*, la *peur*, la *colère*, sont des *causes occasionnelles* que l'on rencontre le plus souvent. Il est démontré que l'*emprisonnement cellulaire* est une cause puissante de folie. Les excès de toutes sortes, mais principalement les veilles et l'abus des alcools ont une influence incontestable sur le développement de la maladie.

Traitement. — Nous étudierons d'abord les médicaments qui sont indiqués par les différentes variétés d'aliénation ; puis nous résumerons et nous préciserons ces indications pour chacune des formes de la folie.

Hallucinations. — Les principaux médicaments indiqués par les hallucinations de la *vue* sont : *belladona*, *stramonium*, *hyosciamus*, *opium*, *veratrum*, *helleborus niger*, *arsenicum*, *pulsatilla*, *mercurius*, *silicea*, *anacardium*, *calcarea*.

Les hallucinations de l'*ouïe* indiquent principalement : *conium*, *chamomilla*, *phosphori acidum* et *mercurius*.

Les hallucinations de l'*odorat*, *pulsatilla*, *belladona*, *cantharis*, *calcarea*, *magnesia muriatica*.

Cantharis est indiqué par les hallucinations du toucher. *Stramonium*, *belladona*, *sabadilla* et *sulfur* par les hallucinations des sensations internes, par celles qui ont rapport au corps du malade lui-même.

De tous ces médicaments, les trois *solanées* et *opium* sont ceux qui produisent les hallucinations les plus nombreuses et les plus variées ; les images se succèdent avec rapidité, tantôt agréables, tantôt monstrueuses et effrayantes. *Opium* se distingue particulièrement par ce dernier caractère. *Cantharis* se rapporte davantage aux hallucinations exclusivement nocturnes et *helleborus* à celles du matin.

Impulsions anxieuses. — A la tristesse, lypémanie. Les médicaments principaux sont *arsenicum*, *aurum*, *ignatia*, *pulsatilla*, *nux vomica*, *platina* et *lachesis*.

La nostalgie indique *ignatia*, *belladona*, *capsicum*, et *phosphori acidum*.

L'impulsion suicide indique *arsenicum*, *nux vomica*, *aurum*, *pulsatilla*, *mercurius*, *antimonium*, *china*, *secale*, *carbo vegetabilis*.

L'impulsion homicide demande en première ligne *arsenicum*, *mercurius* et *platina* ; puis viennent ensuite *hepar sulfuris*, *china*.

L'impulsion incendiaire indique *aconitum*, *belladona*, *stramonium* et *ammonium muriaticum*.

L'impulsion au vol, *pulsatilla*, *arsenicum* et *bryonia*.

L'impulsion génitale indique *platina, tarentula, cantharis* et *phosphorus.*

Quand les impulsions précédentes au lieu d'être anxieuses sont *automatiques*, elles indiquent principalement *opium, anacardium* et les trois *solanées.*

Les impulsions à battre, à mordre, à la fureur, indiquent *stramonium, belladona, hyosciamus, opium, veratrum, lachesis, cantharis, agaricus, mercurius* et *aconitum.*

Les idées délirantes d'empoisonnement, demandent *belladona, hyosciamus* ou *rhus.*

Les idées de grandeur indiquent *veratrum, cuprum* et *platina.*

Les idées de possession, de damnation indiquent les trois *solanées, opium, pulsatilla, arsenicum, platina, lachesis, ignatia* et *tartarus.*

Traitement de la forme bénigne. Variété maniaque — *Belladona* est le grand médicament, c'est lui qui est indiqué par les symptômes, et c'est lui aussi qui compte le plus de succès cliniques. Les deux autres solanées viennent à peu près sur la même ligne. *Opium* sera choisi de préférence quand les pupilles seront rétrécies, la face rouge, les yeux étincelants, les hallucinations effrayantes; une alternative de taciturnité, de gaieté et de fureur; une grande surexcitation des facultés intellectuelles indiquent encore ce médicament. *Veratrum* sera préféré si le malade déchire ses vêtements et en avale les morceaux: s'il y a une grande anxiété avec battement de cœur et salivation. Ce dernier médicament a donné un grand nombre de guérisons.

Traitement de la forme bénigne. Variété lypémaniaque. — *Arsenicum, aurum, ignatia, conium* et *pulsatilla*, sont les principaux médicaments. *Arsenicum* est indiqué par les symptômes accessoires suivants : accès de défaillance, souffrance du ventre, nausées, sueurs froides, soif excessive, tremblement, aggravation de la tristesse après les repas. *Aurum* demande d'autres symptômes accessoires : anxiété au cœur avec palpitation et somnolence; tremblement. *Ignatia*, mélancolie douce avec pleurs involontaires; anxiété au creux de l'estomac avec ver-

tige, défaillance et sueurs froides, rougeur facile du visage; règles fortes et en avance. *Conium*, aggravation de la tristesse au grand air; peur de la solitude et en même temps répulsion pour la société et la conversation ; morosité ; état d'assoupissement. *Pulsatilla* est indiquée par : frilosité, accès d'angoisse avec chaleur à la face et mains froides ; répugnance pour le mouvement et la conversation ; aménorrhée et dysménorrhée.

Traitement de la forme bénigne. Variété à double forme. — On administrera successivement et d'après leurs indications les médicaments des deux formes précédentes.

Traitement de la forme bénigne. Stupidité. — *Anacardium* est le médicament qui devra être employé en première ligne ; c'est lui qui a donné le plus de guérisons ; s'il échoue, on choisira entre *helleborus*, *hyosciamus*, *ignatia*, *nux vomica*, *platina* et *sulfur* qui ont donné aussi quelques guérisons.

Traitement de la forme commune. Variété monomaniaque. — Les principaux médicaments sont *phosphorus*, *platina*, *cuprum* et *veratrum*.

Phosphorus répond aux symptômes suivants : idées délirantes de grandeur d'une position sociale élevée ; erreur sur le lieu où l'on habite ; impulsion à se mettre nu : surexcitation, gaieté, avec sensation de chaleur agréable par tout le corps et mains rouges ; les objets paraissent plus éclairés et plus gais.

Platina, idées de grandeur, d'orgueil avec mépris pour les autres ; sensation comme si tout était petit autour de soi et que soi-même on fût très-grand ; la promenade augmente les idées de grandeur ; sensation de vigueur, de satisfaction, de gaieté qui porte à embrasser.

Cuprum, idée délirante sur sa position sociale ; grande excitation avec rire et gaieté folle, accompagnée d'envie de cracher à la figure des assistants. Les accès de gaieté reviennent surtout le soir.

Veratrum, idée de grandeur ; gaieté folle accompagnée de rires et de chants quelquefois avec rougeur de la face ; d'autres fois avec sueurs froides ; impulsion à embrasser tout le monde. Il faudra encore consulter *lachesis* et *mercurius*.

Pendant les périodes de *manie* on consultera l'un des médicaments indiqués dans la forme bénigne, de même pour la *variété lypémaniaque* et la *variété circulaire* de la forme commune.

Traitement de la forme maligne. — *Stramonium*, *belladona*, *hyosciamus*, *opium* et *veratrum* sont les principaux médicaments. Nous y ajouterons *cantharis* et *lachesis*. On trouvera les indications de ces médicaments en se reportant à ce que nous avons dit à propos de la forme bénigne et aussi à propos des indications fournies par les variétés d'aliénation. Il ne faut pas craindre d'aborder les doses massives, si les dilutions restent insuffisantes. Les *affusions froides* répétées une, deux et trois fois par jour sont ici d'un grand succès et produisent toujours un calme relatif. Il faut verser l'eau doucement sur la tête et de manière que le vase touche presque les cheveux. On commence par trois seaux d'eau qu'on peut porter successivement jusqu'à huit si cela est nécessaire pour avoir du calme et si le malade fait bien la réaction.

Traitement de la forme périodique. — Les médicaments sont indiqués suivant la prédominance du délire maniaque, lypémaniaque ou monomaniaque.

L'*isolement* est nécessaire au traitement d'un grand nombre de malades ; mais quand on peut établir cet isolement à domicile et entourer les malades de toutes les précautions nécessaires, pour maîtriser les impulsions suicides, homicides ou incendiaires, on devra leur éviter la *maison de santé*.

IIe Sous-division. — Névroses mentales avec lésions définies et trouble des mouvements.

Ces névroses sont caractérisées comme la catégorie précédente, par un trouble des facultés intellectuelles. En même temps, elles présentent un désordre des mouvements et enfin une lésion définie ; elles se rattachent par des nuances avec les névroses de la sous-division précédente ; elles sont au nombre de trois : l'*épilepsie*, la *démence*, la *paralysie générale*.

CHAPITRE PREMIER

ÉPILEPSIE

Définition. — L'épilepsie est une maladie caractérisée, dans son complet développement, par des accès périodiques de perte subite et complète de la connaissance avec spasmes toniques et cloniques plus ou moins généralisés.

Un syndrome très-analogue à l'épilepsie accompagne souvent les tumeurs du cerveau : les convulsions symptomatiques de l'empoisonnement saturnin, de l'albuminurie, de la paralysie générale et de la démence, ressemblent davantage à l'*éclampsie*.

Division. — L'épilepsie présente trois formes à étudier : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme maligne*, *forme larvée* (de Morel).

I. Forme commune. — C'est elle qui sert de type à la description de la maladie; elle répond à sa définition. Elle débute quelquefois par des vertiges et des accès incomplets qui vont sans cesse en s'aggravant ; d'autres fois, le premier symptôme observé est une attaque violente et complète de *haut-mal*. Nous étudierons successivement le *vertige*, l'*accès incomplet* et l'*attaque complète*.

Vertige. — Le *vertige épileptique* présente plusieurs degrés, mais il est toujours subit et extrêmement court. Il est caractérisé par la suspension instantanée de la connaissance ; un voile noir passe sur les yeux, c'est le *vertigo tenebricosa* de Boerhaave. Quelquefois, il y a chute, mais le malade se relève aussitôt. Dans un degré moins avancé, le malade reste debout, l'intelligence disparaît pour un instant ; il éprouve une *absence*, puis

il continue l'occupation ou la conversation commencée. Le vertige épileptique s'accompagne très-souvent (Herpin incline à croire qu'il s'accompagne toujours) d'un spasme tonique très-limité (1). Ce spasme siége habituellement sur les muscles du pharynx et se traduit par un mouvement de déglutition à vide.

Le vertige épileptique laisse après lui de la tristesse, de l'angoisse morale et la crainte de devenir fou; il peut être suivi, comme les grandes attaques, d'une impulsion automatique au meurtre et au suicide.

Accès incomplets. — Les accès incomplets présentent des variétés très-nombreuses. Au premier degré, ils consistent dans la contraction brusque et instantanée d'un petit nombre de muscles; le malade lance ce qu'il tient à la main ou frappe du pied par un mouvement involontaire; d'autres fois, le spasme se porte sur les muscles de la face et du cou : torsion de la tête d'un côté, strabisme; toujours, dans ce cas, il y a simultanément spasme du pharynx et mouvement de déglutition. A un degré plus élevé, les muscles de toute la région supérieure, inférieure ou latérale, sont le siége du spasme; la connaissance et les sens sont plus ou moins conservés; il n'y a ni cri, ni chute, ni coma consécutif; mais toujours spasme de la glotte et du pharynx; quelques signes d'asphyxie et quelquefois de l'écume à la bouche. Enfin, le degré qui touche à l'attaque complète ne diffère de cette dernière que par sa durée plus courte et par l'absence des convulsions qui suivent le spasme tonique.

Accès incomplet apoplectiforme. — Cette variété d'accès sur laquelle Trousseau a appelé l'attention est caractérisée par l'absence de la première période, période tétanique, le malade tombe comme frappé d'apoplexie avec des convulsions cloniques générales : on observe quelquefois une hémiplégie transitoire à la suite de ces accès. Cette variété est habituellement remplacée, plus tôt ou plus tard, par la variété à attaque complète.

Attaque complète. — L'attaque d'épilepsie est dans un cinquième des cas environ précédée d'une aura. Ce phénomène

(1) Herpin. Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie. Paris, 1852, in-8.

bizarre et très-important au point de vue du traitement, consiste souvent dans un spasme d'un muscle isolé; d'autres fois, c'est une sensation vague, une douleur. L'aura siége souvent dans les membres et remonte alors vers le cerveau, où elle provoque l'attaque. D'autres fois, c'est une sensation viscérale : palpitation, crampe d'estomac, boule hystérique, pâlissement ou rougeur d'un doigt, bourdonnement étrange, son lugubre et mélancolique, etc.

Quand le phénomène de l'aura est un peu durable, les malades sentent venir l'attaque, et s'ils ne peuvent la prévenir par la compression entre le point d'où part l'aura et le cerveau, ils peuvent au moins prévenir la chute en se couchant à terre.

Période tétanique. — Cri subit, étrange, effrayant; perte de connaissance; spasme violent des muscles du tronc et des membres qui précipite brutalement le malade sur le sol, habituellement en avant; la face est pâle; la respiration et la déglutition sont suspendues par le spasme des muscles de la glotte et du pharynx; le corps et la tête sont inclinés d'un côté par la prédominance de la contraction musculaire à droite ou à gauche: les yeux et la bouche démesurément ouverts; les membres dans l'extension; les avant-bras dans la pronation; la main fermée; le pouce habituellement dans la paume de la main. La durée de cette période est d'un quart de minute.

Période convulsive. — La face du malade rougit, puis devient plus ou moins violette, par suite de la suspension de la respiration; la roideur tétanique est remplacée par des convulsions cloniques, brusques, saccadées. Ces convulsions produisent dans les membres des mouvements très-énergiques mais peu étendus; à la face, des convulsions qui ouvrent et ferment alternativement la bouche et les yeux; les globes oculaires sont entraînés soit en haut, soit en dedans, la pupille est immobile et dilatée. En même temps, la convulsion des muscles de la respiration et de la déglutition produit le râlement, la déglutition bruyante, et plus souvent, l'expulsion par jet d'une salive écumeuse et teinte de sang par la morsure de la langue et des gencives, ou par simple exhalation de la membrane muqueuse

par arrêt de la circulation veineuse. A ce moment, le facies épileptique est horrible. Le pouls est accéléré et très-petit; la peau couverte de sueur. Il y a souvent évacuation involontaire des urines dans cette période, dont la durée est de deux ou trois minutes.

Période comateuse. — Quelques secousses tétaniques se montrent encore de loin en loin, mais le relâchement musculaire devient bientôt complet. Le coma est profond, la respiration lente, profonde, stertoreuse; les pupilles dilatées; le pouls lent et plus grand qu'à l'état normal; la face, moins colorée. Cette période, produite par l'asphyxie et due au contact du sang noir avec le cerveau, dure environ huit à dix minutes.

Période de sommeil. — Le malade sort du coma hébété, courbaturé, la tête douloureuse, n'ayant nul souvenir de ce qui s'est passé pendant son attaque; quelquefois il divague, mais bientôt il s'endort d'un sommeil profond, réparateur, et qui dure plusieurs heures. A son réveil, il conserve de la fatigue, du mal de tête, de l'inappétence, mais il reprend promptement son état habituel; l'aphonie, l'hémiplégie et des anesthésies locales s'observent quelquefois après de violentes attaques: ces symptômes sont transitoires.

Les attaques comprennent quelquefois plusieurs accès; dans ce cas, après la période de coma, la période tétanique reprend, et le malade a ainsi deux ou trois accès.

Quand les accès ont été très-violents, il se produit autour des yeux et des oreilles, sur la face et jusque sur le cou, de petites taches rosées formées par des ecchymoses. Ces taches jaunissent les jours suivants et donnent à la face une coloration jaunâtre éclatante caractéristique.

Dans la forme commune de l'épilepsie, les attaques se reproduisent irrégulièrement. D'abord éloignées de plusieurs mois et même d'une année et plus au début de la maladie, elles se rapprochent et restent habituellement fixées à 12 ou 15 par an. Chez les femmes, elles reviennent souvent à la période menstruelle, tantôt elles ont lieu le jour, tantôt la nuit; certains malades n'ont que des accès nocturnes.

La santé est bonne dans l'intervalle des accès, les vertiges sont rares dans cette forme, et souvent il est impossible de constater la moindre diminution dans les facultés intellectuelles, mais presque toujours le caractère devient plus difficile et les épileptiques sont généralement portés à la violence. Quelques-uns, sous l'influence du traitement ou d'un changement de régime, voient leurs attaques s'éloigner beaucoup et même guérissent tout à fait, ce qui est extrêmement rare.

La mort arrive quelquefois par la suite d'un *accident* : chute d'un lieu élevé, brûlure, asphyxie lorsque, pendant une attaque, la face se trouve enfoncée dans un oreiller. La mort arrive aussi par une attaque violente dans la période asphyxique ou comateuse; par une suite d'attaques répétées ; *état de mal* que nous décrirons dans la forme maligne. Enfin, beaucoup d'épileptiques succombent à une maladie intercurrente.

II. Forme maligne.— Elle est caractérisée par la tendance des attaques à se rapprocher, par des vertiges ou de l'aliénation entre les attaques; par une marche plus rapide; par une terminaison constamment mortelle.

Dans une variété de cette forme, les grandes attaques sont très-rares. Les malades n'ont que des vertiges. C'est le *petit-mal*, mais ces vertiges vont sans cesse en se rapprochant : en même temps, les facultés intellectuelles s'éteignent, et les malades périssent dans une démence complète avec des vertiges continuels.

Dans une autre variété, les attaques vont sans cesse se rapprochant et les malades périssent en *état de mal* épileptique. L'état de mal est caractérisé par la succession non interrompue d'accès d'épilepsie pendant un ou plusieurs jours. La période comateuse n'est pas plus tôt terminée que la période tétanique recommence, et la maladie ressemble beaucoup à l'éclampsie. Cet état s'accompagne d'un mouvement fébrile intense, pouls à 140; chaleur axillaire à 41 et 42. Le pouls est extrêmement petit.

L'élévation continue de la température ne subit que des rémissions insignifiantes pendant toute la durée de l'attaque. Cette persistance de la température permet de distinguer l'*état de mal* des cas où les accès se répètent fréquemment dans la

même journée sans cependant qu'il y ait véritablement *état de mal* épileptique. Quand il y a seulement fréquence des accès, la température descend considérablement entre chaque accès.

Les malades succombent souvent pendant l'*état de mal*, et dans ce cas, les accès se suspendent ordinairement une heure ou deux avant la mort, mais la température reste à 41 et 42 degrès. D'autres fois la période convulsive est remplacée par une période à laquelle Bourneville a donné le nom de *méningitique* (1).

C'est après les accès violents et répétés qu'on observe quelquefois de l'*hémiplégie*.

Dans une dernière variété, les attaques sont suivies immédiatement d'aliénation. Cette aliénation est ou de la *manie* ou une *impulsion automatique*. La manie est toujours furieuse et avec une agitation violente. L'impulsion conduit souvent au meurtre et au suicide. L'aliénation peut se manifester dès la première attaque (Calmeil) et dès l'enfance (Trousseau, un cas à 4 ans). Chez ces malades, il faut respecter le sommeil qui suit les attaques, car si on l'interrompt, l'aliénation éclate bien plus sûrement.

II. Forme bénigne. — Le caractère de cette forme est de présenter des attaques isolées et habituellement provoquées par une cause évidente ; elle a une grande tendance à la guérison.

Cette forme est très-rare; elle ne se présente pas plus de 4 ou 5 fois sur 100 épileptiques. Quelques malades n'ont qu'une seule attaque provoquée par une peur, la vue d'un épileptique, un excès, le premier coït, la première menstruation. D'autres ont des accès toutes les fois qu'ils s'enivrent. Chez quelques-uns, la maladie est liée à une autre affection : la présence d'une tumeur douloureuse, des accès de coliques néphrétiques, des dents cariées et douloureuses (Foville), et fréquemment une affection vermineuse. Ces différentes affections étant guéries, l'épilepsie cesse complètement.

III. Forme larvée. — Morel et Trousseau admettent une

(1) *Mouv. méd.*, 10e année, p. 189.

forme larvée de l'épilepsie. Cette forme est caractérisée par les retours à périodes régulières ou irrégulières, de *symptômes* ou d' *affections nerveuses* apparaissant avec une rapidité fulgurante et ayant une très-courte durée. Ce symptôme et ces affections ne s'accompagnent pas de convulsions et c'est pour cela que l'on dit que l'épilepsie est larvée.

Les *impulsions automatiques* à l'homicide et au suicide, les *attaques apoplectiformes*, les accès subits et extrêmement courts d'*aliénations* constituent les exemples les plus fréquents de cette forme. Trousseau a forcé cette idée en voulant faire de toute affection à marche *fulgurante*, une épilepsie larvée, comme le *tic douloureux* de la face, par exemple, et l'*angine de poitrine*.

Signes pathognomoniques. Avant de quitter l'histoire des symptômes de l'épilepsie, rappelons les signes que le médecin doit toujours avoir présents à l'esprit pour distinguer cette maladie de l'*hystérie convulsive* et de l'*éclampsie*. L'*instantanéité* est le caractère commun à tous les symptômes épileptiques. La durée de l'aura et des convulsions est extrêmement courte et ne peut être comparée avec celle des phénomènes analogues dans l'hystérie. La morsure de la langue, les urines involontaires, les mouvements de déglutition, la chute sur la face, la perte subite de la connaissance, la dilatation des pupilles, l'absence de fièvre, sont des signes pathognomoniques.

Anatomie pathologique. — Elle est presque nulle. On a signalé comme constante la dilatation des capillaires artériels de la moelle allongée et un épaississement des parois de ces capillaires.

Voisin reconnaît que les lésions sont nulles dans l'épilepsie récente, la dilatation des vaisseaux, la dégénérescence granulo-graisseuse et la sclérose que l'on rencontre dans l'épilepsie ancienne sont des effets de la maladie.

Chez les malades qui succombent pendant une attaque violente on rencontre tous les signes de la congestion veineuse, les sinus sont distendus, les replis de la pie-mère gorgées de sang, la substance blanche piquetée. Quand les malades succom-

bent dans l'*état de mal*, les lésions sont encore plus marquées : replétion et dilatation vasculaire ; épanchement séreux, œdème ; le microscope permet d'apercevoir les globules sanguins entassés les uns sur les autres et de nombreuses ecchymoses.

Les lésions se trouvent principalement vers le bulbe, la protubérance et le plancher du quatrième ventricule. Les cordons antérieurs de la moelle sont quelquefois envahis par la sclérose.

D'après les théories modernes la succession des symptômes pourrait s'expliquer de la manière suivante :

L'excitation du bulbe est le point de départ. Cette excitation se propage aux filets cervicaux du grand sympathique : d'où contraction des vaisseaux de la tête, par l'action des vaso-moteurs ; de là anémie cérébrale, perte de connaissance et pâleur de la face. L'excitation gagne les nerfs moteurs : d'où les convulsions, le spasme de la glotte, la congestion et l'asphyxie consécutives ; l'affluence du sang noir au cerveau et au bulbe diminue son excitation et fait cesser les convulsions.

On comprend que cette théorie explique *jusqu'à un certain point* les symptômes, mais non la *maladie;* car il faudrait savoir d'où vient cette excitation du bulbe ?

Brown-Séquard a produit l'épilepsie chez les animaux, par une hémi-section de la moelle épinière et même par la section du sciatique.

Étiologie. — L'*hérédité* el la *consanguinité* jouent ici le même rôle que dans les autres névroses : il est démontré que les *constitutions chétives* et *scrofuleuses* sont plus exposées à l'épilepsie que les autres. La *femme* paraît plus fréquemment atteinte que l'homme. L'*âge* où on observe le plus souvent le début de la maladie est de 10 à 30 ans ; après 70 ans, la fréquence, qui avait beaucoup diminué depuis 30 ans, augmente de nouveau. C'est l'épilepsie *sénile*. La première *menstruation* est souvent l'occasion de la première attaque d'épilepsie.

Les *excès vénériens* et *alcooliques*, la *masturbation*, sont des causes qui favorisent le développement de la maladie.

L'*ivresse* et surtout la *frayeur* sont les deux causes occasion-

nelles le plus fréquemment observées. L'ivresse du père pendant la conception, la frayeur de la mère pendant la grossesse, sont des circonstances étiologiques fort importantes. Le *chagrin* agit quelquefois comme cause occasionnelle.

Les attaques d'éclampie de la première enfance disposent à l'épilepsie dans une proportion qui serait de 5 0|0. Dans ces cas l'éclampsie se transforme graduellement en épilepsie.

Traitement. — L'épilepsie résiste d'une manière décourageante à la plupart des méthodes de traitement ; et encore, le petit nombre de succès annoncés doit être bien restreint si on retranche avec soin les cas d'éclampsie et les cas d'épilepsie bénigne. Néanmoins, il existe un certain nombre de guérisons authentiques et un nombre plus grand d'améliorations par éloignement des attaques. Ces deux circonstances doivent nous engager à poursuivre courageusement l'étude du traitement de l'épilepsie.

Les principaux médicaments indiqués par la loi des semblables sont : *belladona*, *calcarea*, *causticum*, *silicea*, *cicuta*, *cuprum*, *lachesis*, *opium*, *plumbum*, *æthusa cynapium*. *Bufo*, *salamandra*, *tarentula*, sont trois médicaments nouveaux qui ont donné un certain nombre de guérisons ; il en est ainsi des médicaments suivants : *hyosciamus*, *ignatia*, *arsenicum*, *lycopodium*, *mercurius*, *cocculus*, *cina* et *stramonium ; stannum* est plutôt indiqué dans l'*éclampsie* pendant la dentition.

Le *bromure de potassium* à haute dose a donné des succès dont nous devons tenir compte.

Mais avant d'étudier les médicaments indiqués pour guérir l'épilepsie, nous devons parler du *traitement des accès* et de leur *suite immédiate*.

Pandant l'accès il faut desserrer le malade, lui donner de l'air et veiller à ce qu'il ne se blesse pas.

Dans les accès violents et qui semblent menacer la vie des malades, dans l'*état du mal*, il faut prescrire suivant leurs indications : *belladona*, *opium*, *æthusa*, *plumbum*, et le *chloroforme*. Quand l'accès n'a rien d'alarmant, il n'y a pas de médicament à prescrire.

Quand l'épilepsie est précédée d'une *aura*, on réussit quelquefois à empêcher une attaque par la compression établie entre l'*aura* et le cerveau, ou par une friction. Une bouchée de pain avalée précipitamment arrêtait les accès chez un malade dont les accès survenaient à jeun et étaient précédés d'une *aura* partant du creux épigastrique.

L'odeur de l'*ammoniaque* et du *tabac* a quelquefois fait avorter des accès.

La ligature des membres, la compression des carotides, et surtout la flexion exagérée du gros orteil peuvent diminuer et arrêter les accès violents.

Le *bromure de potassium* donné progressivement à la dose de 2 à 12 grammes chez l'adulte, de 2 à 5 grammes chez les enfants de 5 à 10 ans, de 50 centigrammes à 1,50 dans la première enfance et continué pendant des années a donné des cas authentiques de guérison. Le médicament donc doit être employé. Voisin donne pour règle de la dose la disparition de la *nausée réflexe*, c'est-à-dire la cessation de nausée, quand on chatouille l'épiglotte. Si la cessation de la nausée réflexe s'établit rapidement, si l'anaphrodisie est produite facilement, il faut espérer de bons effets du bromure, autrement il faut y renoncer.

Le bromure continué à cette dose et pendant assez longtemps peut avoir des inconvénients : il affaiblit notablement l'intelligence et produit une impuissance relative, de l'acnée et une bronchite chronique.

Belladona est un des principaux médicaments ; il est indiqué quand l'*aura* donne la sensation d'une souris qui court le long d'un membre ou d'une chaleur qui remonte de l'estomac; quand elle consiste dans un trouble de la vue ou de l'ouïe. Les convulsions partielles des mains indiquent encore ce médicament. La *belladone* correspond aux vertiges et aux grandes attaques ; elle compte un certain nombre de guérisons. *Hyosciamus* est très-analogue à la *belladone* et a été aussi employé avec succès.

Cuprum est le médicament qui a donné le plus de guérisons ; son emploi dans l'épilepsie est traditionnel et sa pathogénésie

correspond tout à fait aux symptômes épileptiques : vertiges avec perte de la vue ; spasmes du pharynx avec accumulation de salive dans la bouche ; torsion de la tête ; cris comme le croassement d'une grenouille ; accès de convulsions avec chute et perte de connaissance ; écume à la bouche avec ou sans cris.

Silicea compte quelques cas de guérison, il correspond à des attaques complètes, avec *aura* venant du bras gauche, accès nocturne ou diurne, mais pendant le sommeil, accès survenant à la nouvelle lune ; mais cette assertion n'est pas prouvée.

Nitri acidum correspond au *vertigo tenebricosa* et aux attaques d'épilepsie nocturne avec *aura* consistant en un sentiment de reptation dans le côté gauche.

Calcarea carbonica et *causticum*, indiqués, par Bœninghaüsen, comme les deux médicaments principaux de l'épilepsie, ne présentent cependant, dans les pathogénésies de Hahnemann, qu'un petit nombre de symptômes qu'on puisse rattacher à l'épilepsie. Pour le *calcarea*, nous trouvons accès instantanés de vertige ; accès de perte de connaissance sans convulsion. Pour *causticum* : vertiges divers ; accès de convulsions après le sommeil, mais sans perte subite de connaissance. Un symptôme plus caractéristique est le spasme du pharynx, suivi du mouvement de déglutition. Ces deux médicaments ont été employés avec succès surtout après *belladona* et *hyosciamus*.

Opium a donné des guérisons dans l'épilepsie nocturne ; il a fait cesser l'*état de mal ;* il convient contre la période comateuse trop longtemps prolongée et encore contre les accès de fureur avec impulsion automatique qui succède aux attaques. — *Cocculus* convient aussi dans ce dernier cas.

Plumbum et *œthusa cynapium* sont indiqués par l'*état de mal* beaucoup plus que par des attaques isolées d'épilepsie.

Les cas de guérison assez nombreux que nous avons relevés dans la *clinique de Roth* ont presque tous été obtenus par la 30e dilution, administrée une seule fois à longues périodes, quinze jours, trois semaines et plus.

Bufo et *salamandra* alternés ont donné des succès qui doivent encourager les médecins à poursuivre l'étude clinique de ces deux médicaments.

CHAPITRE II

DÉMENCE

La démence est une maladie essentielle caractérisée par la diminution puis par la perte plus ou moins complète des facultés intellectuelles; par une lésion constante, la destruction des éléments nerveux de la couche corticale du cerveau avec ou sans atrophie des circonvolutions Nous verrons que dans certaines formes de la démence il faut ajouter à ces lésions des hémorrhagies, des foyers de ramollissement disséminés tant à la surface que dans les parties profondes du cerveau.

La diminution des facultés intellectuelles, jointe à la destruction des éléments nerveux des circonvolutions, s'observe indépendamment de toute autre maladie et constitue alors la démence essentielle que nous allons décrire. Mais, en outre, cet ensemble de symptômes et de lésions constitue une *affection symptomatique* commune à plusieurs maladies. L'*alcoolisme* chronique, les *affections du cœur*, la *paralysie générale*, l'*épilepsie*, certaines *tumeurs du cerveau*, sont des maladies dans lesquelles la démence apparaît tôt ou tard. Dans la forme commune de la folie, ce symptôme est fort rare et n'atteint presque jamais un degré d'intensité comparable à ce qu'on observe dans les maladies précédentes.

Division. — La démence se présente sous quatre formes : *forme commune*, *forme apoplectique*, *forme paralytique* et *forme convulsive*.

1. Forme commune. — Elle se distingue par sa longue durée; parce qu'elle n'atteint généralement que les vieillards; parce qu'on n'observe dans son cours ni les attaques convulsives et

apoplectiformes répétées, ni la paralysie initiale qui caractérise les autres formes.

Début. — La maladie s'annonce par des vertiges, de la somnolence, la diminution de la mémoire et l'affaiblissement du caractère. Ces symptômes se développent fort lentement. Le malade continue ses occupations habituelles, seulement il oublie facilement, il s'endort après le repas ; il est lourd, sans activité; il a des pesanteurs de tête et des vertiges qui l'effraient; son caractère s'affaiblit. Le dément, quoiqu'il devienne souvent plus sujet à la colère, n'a plus la même fermeté dans le caractère ; il cède facilement, s'attendrit outre mesure ; les personnes qui l'entourent constatent que son intelligence *baisse.*

Période d'état — La diminution des facultés intellectuelles fait des progrès ; le malade arrive à l'incohérence et à la niaiserie. Ses réponses sont encore justes; mais quand il parle spontanément ses discours n'ont plus de suite. Son écriture devient confuse ; puis bientôt quand elle dépasse quelques lignes, elle présente des oublis de mots, des phrases interrompues, et des fautes d'orthographe inaccoutumées. Les malades deviennent alors incapables de toutes occupations régulières. Un peu plus tard ils perdent la conscience du temps et des lieux ; ils errent à l'aventure et s'égarent dans les rues. Il n'est pas rare d'observer dans cette forme des symptômes d'*aphasie ;* le malade oublie certains mots ; d'autres fois il leur donne une signification nouvelle; demande son parapluie au lieu de son chapeau, par exemple. Habituellement il fait en même temps erreur sur les choses, ainsi il urine dans un verre ou dans une assiette croyant avoir le vase de nuit; ou encore il essaie de se coiffer avec ses bottes.

Enfin on observe quelquefois à cette période une aliénation transitoire. C'est le plus souvent une *agitation maniaque*, d'autres fois une *lypémanie* avec ou sans tendance au *suicide*, ou encore des accès de colère allant jusqu'à la *fureur*. Arrivée à ce degré, la maladie peut encore s'arrêter et même rétrograder; la mémoire revient, l'incohérence disparaît; néanmoins les facultés

restent toujours extrêmement affaiblies, et on ne peut pas dire que l'état de santé revienne complètement.

Période ultime. — Après des rémissions plus ou moins marquées, plus ou moins durables, suivant les circonstances extérieures et suivant le traitement ; quelquefois sans aucun arrêt, la maladie suit sa marche et atteint bientôt sa période ultime. Les facultés disparaissent à peu près complètement; les malades perdent le souvenir des choses les plus frappantes ; ils parlent de leurs proches, morts depuis longtemps, comme s'ils étaient vivants ; puis ils oublient leur âge, leur profession et jusqu'à leur nom ; leurs discours sont tout à fait décousus et ne présentent plus aucun sens. Ils pleurent souvent, quelques-uns ont toujours sur les lèvres un sourire niais et stéréotypé. Les accès de colère, d'agitation et de lypémanie qu'on observe dans la période d'état deviennent de plus en plus rares. Avec ces symptômes on observe une conservation très-remarquable de la vie végétative, l'appétit est exagéré, il y a véritable gloutonnerie, les digestions sont régulières ; et chez les individus qui y sont disposés, l'embonpoint devient considérable ; aussi, même à cette période, les malades résistent longtemps et fournissent quelquefois une très-longue carrière.

Durée, terminaison.—La durée de la maladie est de dix, vingt, trente ans, et quelquefois plus. La mort arrive de différentes manières. Dans les *asiles*, la pneumonie et la diarrhée, quelquefois une parotite, abrégent beaucoup la vie des malades. Mais les individus riches succombent, soit à une apoplexie, soit à une méningite aiguë, soit à un état d'affaiblissement croissant avec quelques symptômes de paralysies terminales ; ce qui dans ce cas rapproche la *forme commune* à sa période ultime de la forme paralytique.

II. Forme paralytique. — C'est certainement la plus fréquente de toutes ; elle est caractérisée par une paralysie progressive et générale qui se manifeste dès le début ou tout près du début de la maladie.

Les symptômes des fonctions intellectuelles sont les mêmes que dans la forme précédente. Seulement, en même temps ou peu de temps après leur début, la paralysie se montre par une démarche chancelante et un embarras tout particulier de la parole. Les membres supérieurs sont pris tantôt en même temps, tantôt un peu plus tard. On n'observe jamais dans la démence l'ataxie locomotrice qui constitue la première période de la *paralysie générale des aliénés*. Chez les déments, la paralysie est franche, les jambes sont faibles, les jarrets fléchissent, les pieds sont traînants ; la langue n'est pas déviée, mais la parole est gênée, peu distincte, il semble que les malades aient de la bouillie dans la bouche. On n'observe pas cette hésitation, cet effort si caractéristique dans la paralysie générale.

Cette forme, quoique lente dans sa marche, est cependant plus rapide que la forme commune ; ses rémissions sont plus rares et habituellement moins complètes. La paralysie finit par rendre la marche et la station impossibles ; l'incontinence des urines et des matières fécales vient compliquer considérablement l'état des malades, qui finissent par devenir *gâteux* et par garder constamment la position couchée. Cette dernière période marche alors beaucoup plus vite que les autres, et la mort peut arriver, comme dans la *forme commune ;* mais le plus souvent elle a lieu par la formation d'eschares ou par l'extension de la paralysie. La déglutition est gênée, bientôt très-difficile, et les malades périssent lentement par inanition ou subitement par la suffocation déterminée par le bol alimentaire. Cette dernière terminaison arrive quelquefois quand la maladie n'est pas encore très-avancée, par suite d'une paralysie incomplète du pharynx et de la gloutonnerie des malades.

III. Forme apoplectique. — Cette forme est caractérisée par des attaques répétées d'apoplexie avec ou sans hémiplégie ; la lésion la plus habituelle consiste dans des ramollissements disséminés ; d'autres fois on trouve des hémorrhagies cérébrales ou méningées.

Cette forme débute quelquefois au milieu de la santé par

une attaque d'appoplexie suivie d'hémiplégie. D'autres fois, ce début est précédé de quelques signes d'affaiblissement des facultés intellectuelles, et surtout de la mémoire. En général, les malades se remettent assez vite de la première attaque, l'hémiplégie guérit plus ou moins complètement; mais ils restent très-abaissés quant au niveau intellectuel. Puis des attaques successives, survenant à des intervalles plus ou moins longs, diminuent chaque fois ce qui restait des facultés intellectuelles, en sorte que les malades arrivent en quelques années à une démence complète. La paralysie se généralise habituellement; mais cependant elle garde presque constamment une prédominance hémiplégique, reconnaissable à la différence de force entre les deux mains, à la déviation de la langue, et surtout à la différence des deux commissures des lèvres. La lypémanie suicide m'a semblé plus fréquente dans cette forme de la démence. La mort a lieu le plus souvent dans le coma, après une attaque plus violente que les autres; cependant les malades peuvent succomber au même genre de mort que les autres déments.

IV. Forme convulsive. — Cette forme est caractérisée par des accès de convulsions épileptiformes; elle s'accompagne rapidement de paralysie, habituellement généralisée.

Après les prodromes habituels de la démence ou subitement, le malade éprouve une attaque convulsive qui est souvent prise pour de l'épilepsie. Au sortir de cette attaque, on s'aperçoit que la mémoire reste très-affaiblie, et la démence se développe avec les symptômes des autres formes; sa marche est aussi rapide que dans la forme apoplectique, et, comme cette dernière, elle avance par bonds, faisant des progrès très-rapides après chaque attaque convulsive.

Terminaison. — La mort arrive habituellement dans le coma après des attaques convulsives répétées.

Anatomie pathologique. — La lésion de la démence consiste essentiellement dans la dégénérescence athéromateuse et fo-

blitération plus ou moins complète des artères du cerveau. Cette lésion, qui occupe une quantité plus ou moins considérable des réseaux capillaires, produit la destruction du tissu nerveux et sa transformation graisseuse. Cette transformation se rencontre toujours dans la démence ; les ramollissements et les hémorrhagies s'observent en plus dans les formes paralytiques, apoplectiques et convulsives.

Les téguments et les os du crâne présentent chez les déments des signes de congestion chronique. Les membranes sont habituellement épaissies, elles présentent des tractus blanchâtres, opalins ; la pie-mère est plus ou moins infiltrée par de la sérosité. Toutes les fois que la maladie est très-avancée les membranes paraissent trop grandes pour le cerveau ; elles s'enlèvent facilement, et ne sont adhérentes que lorsqu'il est survenu une complication de méningo-encéphalite chronique.

Le *cerveau* est diminué de poids, les circonvolutions sont amaigries. Séparées entre elles par des intervalles plus grands qu'à l'état normal, leur surface est chagrinée, leur couleur jaunâtre ; elles sont plus dures, moins élastiques, et leur coupe perpendiculaire permet de constater que l'atrophie se fait principalement aux dépens de la substance grise.

Cette atrophie est plus ou moins générale ; elle occupe le plus habituellement la région antérieure ; quelquefois elle est limitée à un très-petit nombre de circonvolutions. Au début de la maladie elle manque tout à fait, et l'examen microscopique peut seul faire reconnaître la lésion. Nous empruntons à Marcé (1) la description des lésions microscopiques de la démence :

« Les tubes nerveux et les cellules nerveuses offrent à un degré variable la dégénérescence athéromateuse. Les cellules déchiquetées sur leurs bords, irrégulières, méconnaissables, offrent une coloration jaune ambrée ; leurs prolongements sont rompus ; elles sont couvertes de granulations graisseuses jaunâtres, et finissent par disparaître, laissant à leur place des amas athéromateux. Tantôt les cellules ainsi altérées sont en petit nombre ; tantôt, au contraire, on en trouve à peine quel-

(1) Marcé. Traité pratique des maladies mentales. Paris, 1867.

ques-unes ayant conservé quelques traces de l'aspect normal.

« Les tubes nerveux, déformés, rétractés, se couvrent d'abord de granulations : plus tard, le contenu a disparu et il ne reste plus qu'un cylindre d'aspect noueux, de teinte jaune ambrée, qui fait place, à un degré plus avancé, aux parois de la gaîne revenue sur elle-même ; en dernier lieu, tubes et gaînes ont disparu.

« La paroi interne des capillaires apparaît incrustée de granulations graisseuses jaunâtres qui la recouvrent complètement, s'accumulent de manière à faire saillie dans l'intérieur du vaisseau, et parfois même remplissent toute sa cavité. Cette infiltration graisseuse est très-commune et se présente à divers degrés. Souvent on rencontre, juxtaposées aux granulations graisseuses, des granulations et des cristaux d'hématine, ou des incrustations calcaires, cristallisant par l'addition d'acide sulfurique, qui contribuent à diminuer la perméabilité du vaisseau ou même à l'oblitérer complètement. Des varicosités, des ruptures qui donnent naissance à des hémorrhagies capillaires et à des exsudations hématiques, se rencontrent sous le microscope à côté de ces altérations. »

Indépendamment de ces lésions en rapport avec l'affaiblissement intellectuel, on rencontre toujours des hémorrhagies cérébrales ou méningées, et surtout des foyers de ramollissement en rapport avec les convulsions, les attaques d'apoplexie et les symptômes de paralysie observés pendant la vie. Ces foyers de ramollissement, dans le cas où la paralysie a été générale, se rencontrent disséminés dans les couches optiques, les corps striés, la protubérance, les grands centres de substance blanche et simultanément à la surface de cerveau. Ils sont habituellement jaunâtres, quelquefois blancs, d'autres fois ils présentent les caractères de l'apoplexie capillaire. Ces foyers sont à des degrés d'évolution divers : les uns récents, les autres ne laissant que des cicatrices, des vacuoles, des cavités plus ou moins étendues. Marcé fait observer avec raison que ces lésions sont toujours proportionnées au degré de paralysie.

Etiologie.— La démence est une maladie qui sévit plus souvent dans un *âge* avancé. Cependant on peut, malgré l'opinion généralement adoptée, l'observer avant 40 ans : c'est surtout après 70 ans que cette maladie devient très-commune.

L'*hérédité* joue un rôle considérable dans la production de cette maladie. Elle peut avoir pour origine non-seulement la démence chez les ascendants directs ou collatéraux, mais encore toutes les autres vésanies.

Les habitudes alcooliques, les excès vénériens continués dans un âge avancé, l'abus du tabac, prédisposent à la démence.

Souvent un malheur, une émotion violente, un excès, l'insolation, deviennent l'*occasion* du développemennt de la maladie qui peut néanmoins éclater en l'absence de toute cause occasionnelle.

Traitement. — La démence est une maladie habituellement incurable. Dans les cas excessivement rares où on est parvenu à arrêter sa marche, les malades sont restés, quant à l'intelligence, bien inférieurs à ce qu'ils étaient avant leur maladie.

Anacardium, *opium*, *belladona*, *sulfur*, *sulfure de carbone* et *lycopodium*, sont les médicaments principaux dans le traitement de la démence.

Ces six médicaments correspondent à la diminution des facultés intellectuelles, à la perte de la mémoire, et à des paralysies plus ou moins complètes. *Belladona* et *opium* correspondent de plus aux accidents congestifs et hémorrhagiques, si fréquents dans la démence.

Belladona convient principalement dans la forme convulsive et dans la forme apoplectique ; elle convient dans les autres formes toutes les fois qu'il survient des congestions cérébrales ; elle est, en outre, indiquée par la paralysie généralisée incomplète, avec ou sans tremblement, par l'hémiplégie, et surtout par la paralysie de la langue, avec fourmillement, sentiment de froid, tremblement de cet organe.

Opium convient dans des cas très-analogues à la belladone. Pendant les accès convulsifs ou apoplectiformes, la lenteur du

pouls et le rétrécissement de la pupille spécialisent son emploi; en dehors de ces circonstances, une somnolence diurne, l'insomnie nocturne, une constipation très-opiniâtre, une paralysie moins généralisée, sont des signes qui demandent *opium* de préférence à *belladone*.

Belladone et *opium* sont indiqués contre la manie, la fureur et les hallucinations qui surviennent accidentellement dans la démence.

Sulfur, qui correspond si bien à tous les symptômes de la démence, sera souvent alterné avec *opium* ou *belladone*. Une précipitation involontaire dans la marche et dans les mouvements est un signe caractéristique pour l'emploi de *sulfur*. La lypémanie, avec ou sans idée de suicide, indique aussi *sulfur*.

Sulfure de carbone est plus spécialement indiqué par une alternance d'excitation et de démence, par l'impuissance, par les caractères de la paralysie qui frappe surtout les extenseurs et s'accompagne d'atrophie musculaire.

Anacardium correspond à la démence sans paralysie ou avec une paralysie peu avancée; une certaine férocité dans les sentiments est une indication pour ce médicament.

Lycopodium a moins de signes de la démence que les autres médicaments; il correspond à *l'aphasie*.

Nous possédons un assez grand nombre de cas de démence arrêtée par *belladona*. Le Dr Hermel a réuni des cas de guérison par *belladona*, *opium*, *anacardium* et *sulfur*. J'ai vu un cas de démence chez un homme de 40 ans, très-notablement améliorée, sans aucune récidive pendant près de vingt ans, par l'hydrothérapie.

CHAPITRE III

PARALYSIE GÉNÉRALE ESSENTIELLE

OU PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

Le nom de *paralysie générale des aliénés*, qui a prévalu jusqu'à ce jour pour désigner cette maladie, consacre une erreur noso-

logique, puisqu'il tend à faire croire que la paralysie générale n'est qu'une complication de la folie, tandis qu'en réalité cet état morbide constitue une maladie essentielle. Aussi, Bayle, qui le premier en a donné une description et l'a distinguée nettement de la folie, lui avait donné le nom de *méningite chronique;* est Calmeil (1), s'est rattaché à l'opinion de Bayle et a décrit la paralysie générale comme une *périencéphalite diffuse.* Ces dénominations, empruntées à la lésion de la maladie, sont certes préférables à celles de paralysie générale des aliénés ; mais elles ont le tort de faire croire qu'il ne s'agit ici que d'une phlegmasie des méninges ou de l'encéphale, tandis qu'en réalité il s'agit d'une maladie ayant les rapports les plus intimes avec la folie, et que tous les médecins s'accordent avec raison pour réunir dans une même famille naturelle avec la démence. Nous croyons donc qu'il serait plus exact de dire que cette maladie, malgré sa lésion constante, est de l'ordre des névroses, de la classe des vésanies, et qu'il convient de l'appeler *paralysie générale essentielle.*

Définition. — La paralysie générale est une maladie caractérisée par une aliénation qui, dès le début, s'accompagne d'affaiblissement des facultés intellectuelles; par une paralysie générale et incomplète ; elle a pour lésion constante une méningo-encéphalite diffuse.

Division. — La paralysie générale présente quatre formes : la *forme commune*, la *forme congestive*, la *forme aiguë*, et une *forme périodique.*

I. Forme commune. — *Début.* — Une grande excitation, une augmentation d'activité intellectuelle et physique alternant avec des périodes d'affaissement constituent les prodromes habituels de cette forme. A cette période, les malades font des entreprises considérables, principalement des acquisitions disproportionnées avec leur fortune. L'imagination fort excitée et le jugement déjà notablement compromis, impriment à tous

(1) Calmeil. Traité des maladies inflammatoires du cerveau. Paris 1859.

leurs actes un cachet particulier d'audace et d'imprudence. Ces malades dorment peu, mangent beaucoup, ils offrent tous les attributs de la santé et font preuve de vigueur physique et d'activité intellectuelle. Quelques malades présentent à cette période une tristesse et des préoccupations sur leur santé, signes avant-coureurs de la lypémanie qui se développe dans la seconde période.

Les symptômes de surexcitation que nous venons de décrire alternent avec des périodes d'affaissement qui sont incompréhensibles pour l'entourage des malades; mais le médecin peut déjà constater des défaillances dans la mémoire, quelquefois une contractilité inégale des pupilles et toujours une certaine hésitation de la parole qui lui permettent de reconnaître, sous les apparences de la santé la plus heureuse, une des maladies les plus tristes du cadre nosologique.

On observe dans cette période comme symptômes accessoires des céphalalgies, de la pesanteur de tête, mais surtout des vertiges.

2e *période.* — Le malade conserve son activité maladive; mais les périodes de collapsus sont plus profondes. L'aliénation est devenue évidente pour tout le monde. C'est le plus souvent cette variété connue sous le nom de *monomanie des grandeurs.* Le malade est riche à millions; il parle sans cesse de ses diamants, de son or; il prend des cailloux pour des pierres précieuses; ses haillons pour des vêtements d'or; il est fort, puissant; sa taille a augmenté, elle augmente chaque jour; il commande à l'univers; il se transporte avec la rapidité de la pensée aux extrémités de la terre, livre des batailles, soumet des empires, etc.; en même temps sa mémoire, notablement affaiblie, lui fait oublier les choses les plus familières; il n'a pas la conscience des contradictions flagrantes, des monstrueuses impossibilités de ses conceptions délirantes; il ne sait, il ne peut pas les systématiser et les défendre comme le fou véritable; la démence est là présente pour tout observateur expérimenté.

Beaucoup plus rarement, ces malades sont atteints de lypé-

manie, quelquefois d'impulsion suicide, souvent avec préoccupation hypochondriaque, accompagnée d'hallucinations relatives au corps du malade lui-même, qui s'imagine n'avoir plus de nez, avoir une tête de ciré, une jambe de verre, etc.

La paralysie cesse d'être limitée aux muscles de la langue ; il y a, comme dans l'*ataxie locomotrice*, contraction désharmonique, perte d'équilibre sans affaiblissement réel de la contractilité musculaire. Ce désordre produit surtout de la maladresse dans les mouvements ; la démarche devient saccadée, vacillante ; le pas est inégal, précipité, avec roideur dans les articulations, mouvements brusques et disproportionnés.

Le bégaiement est caractéristique et ne permet pas de confondre la paralysie générale avec la démence. C'est une sorte d'hésitation dans la parole, dont les unes sont un peu traînantes, tandis que les autres sortent précipitamment, comme par un effort, et sont précédées d'un temps d'arrêt. Le système musculaire est le siége de contraction fibrillaire remarquable surtout aux lèvres quand le malade va parler. La paralysie des membres supérieurs est toujours beaucoup moins avancée que celle des membres inférieurs ; et déjà le malade bredouille complètement et a de la peine à marcher, qu'il n'accuse encore qu'une certaine maladresse des membres supérieurs, avec un peu d'insensibilité de la pulpe des doigts. La contractilité électrique est conservée ainsi que le volume des muscles.

La paralysie de la sensibilité, ainsi que celle des sens spéciaux est un symptôme rare.

La dilatation de l'iris n'existe que d'un côté ; elle ne s'allie pas à la paralysie des nerfs moteurs de l'œil : aussi on n'observe pas dans la paralysie générale la diplopie, le strabisme et la chute de la paupière supérieure, si fréquents dans l'ataxie locomotrice.

A cette période, la marche de la maladie est caractérisée par des alternatives d'aggravation et de rémission.

Pendant la période d'aggravation, les malades deviennent *agités ;* ils cessent de dormir ; la *manie*, accompagnée d'accès de *fureur*, vient remplacer la monomanie, dont cependant on retrouve toujours des traces au milieu des divagations mania-

ques. La paralysie diminue ou même disparaît pendant ces périodes d'excitation ; la parole devient brève, nette, précise, et n'offre plus que très-rarement l'hésitation caractéristique que nous avons signalée : la démarche est assurée, les forces musculaires très-développées ; cependant les malades perdent encore facilement l'équilibre.

Après quelques jours ou quelques semaines de durée, l'agitation cesse, le sommeil revient, l'ancien délire reparaît ; mais les facultés intellectuelles ont sensiblement diminué et la paralysie a beaucoup augmenté.

La maladie marche ainsi avec des alternatives d'agitation et de calme ; la paralysie et la démence progressant, les malades ont des évacuations involontaires, deviennent incapables de se soutenir, et, après douze ou quinze mois, arrivent à la troisième période de la maladie.

Chez quelques malades, la marche des symptômes n'est pas aussi régulière ; ces malades présentent non-seulement des temps d'arrêt dans la maladie, mais une amélioration notable, un retour vers la première période, qui permet d'espérer une guérison plus radicale, quoique cet espoir soit presque toujours déçu.

3e *période.* — Le malade, déjà amaigri, gâteux, sans fièvre cependant, et mangeant toujours beaucoup, reste attaché sur un fauteuil ou couché dans un lit.– Il parle toujours d'une voix maintenant inintelligible de sa puissance, de ses richesses, de son or, de ses diamants. Sa figure, déjà flétrie par l'empreinte de la démence, est encore rayonnante de son bonheur imaginaire. Les facultés intellectuelles et les forces musculaires décroissent tous les jours. La paralysie est alors véritable, quoiqu'elle ne soit jamais complète. Bientôt le malade ne peut plus se tenir même assis ; il reste continuellement couché sur le dos, roulant par un mouvement automatique et continu sa tête sur son chevet. L'agitation reparaît encore quelquefois, mais elle est peu marquée, et surtout ne fait plus disparaître la paralysie. — La parole devient tout à fait inintelligible, les facultés intellectuelles disparaissent complètement. Cependant

les sens externes et le sentiment de la faim persistent jusqu'au bout. — Une diarrhée incoercible, des eschares, des suppurations, épuisent le malade, malgré la quantité d'aliments qu'il absorbe, et il meurt après dix-huit mois ou deux ans de maladie. Quelquefois, une pneumonie, une pleurésie purulente, l'asphyxie par dysphagie, viennent précipiter le dénouement.

II. Forme congestive. — Elle est caractérisée par des accès apoplectiformes, avec ou sans convulsions.

Après une période d'excitation et de vertige qui passe quelquefois inaperçue, le malade tombe frappé d'une attaque d'apoplexie comme dans l'hémorrhagie cérébrale. Seulement, cette apoplexie se dissipe après quelques heures de durée, sans laisser aucune trace. Ces attaques, ces *coups de sang* se renouvellent de temps à autre et s'accompagnent plus ou moins promptement de roideur du tronc et des membres, de convulsions de la face, et souvent ont toutes les apparences d'accès d'éclampsie. Ces accès sont suivis de délire maniaque d'une durée généralement courte; puis, dans l'intervalle des accès, on ne tarde pas à constater l'hésitation dans la parole, les contractions fibrillaires des muscles de la lèvre supérieure, et la démarche saccadée, vacillante, caractéristique de la maladie.

La deuxième période est caractérisée par le développement de la monomanie spéciale et par l'aggravation du désordre des mouvements. Comme dans la *forme commune*, on observe ici une marche rémittente ; seulement, les paroxysmes sont marqués par des accès épileptiformes ou apoplectiformes, suivis quelquefois d'agitation et de manie, quelquefois d'hémiplégie, mais toujours d'une aggravation des symptômes de démence et de paralysie. C'est surtout dans cette forme qu'on voit apparaître les tumeurs sanguines de l'oreille, formées entre le périchondre et le cartilage, et qui laissent des indurations et des cicatrices indélébiles.

La marche de cette forme est plus rapide que celle de la forme commune. Plus rarement, les malades parcourent entièrement la période cachectique, et le plus souvent ils succom-

bent prématurément dans le coma, à la suite d'accès éclamptiformes répétés coup sur coup.

III. Forme aigue. — Elle est caractérisée par l'agitation maniaque prédominante, par une marche très-rapide. Elle se termine par la mort en quelques semaines.

Elle débute par un accès de manie ; l'agitation croît chaque jour ; le malade n'a de repos ni jour, ni nuit ; il crie, vocifère, et arrive à un état de fureur permanent; il y a fièvre, amaigrissement, refus obstiné des aliments et des boissons. A ce moment, on pourrait le croire atteint de la forme maligne de la folie (délire aigu des auteurs). Cependant, on peut bien saisir, dans les divagations maniaques, des idées prédominantes de richesses et de toute-puissance, qui mettent sur la voie. Ces accès présentent des rémissions incomplètes et de courte durée, mais qui permettent de constater la démence, le bégaiement, et l'hésitation dans la marche, propres aux paralytiques; les périodes de calme sont de peu de durée, et le malade, bientôt repris d'agitation et de fureur, ne tarde pas à succomber dans l'épuisement maniaque, comme dans la forme maligne de la folie.

IV. Forme périodique. — L'histoire de quelques malades ayant présenté tous les caractères de la paralysie générale arrivée à la deuxième et même à la troisième période, puis s'étant rétablis pendant plusieurs années, pour être repris des mêmes accidents et succomber après deux ou trois accès semblables, autorise à admettre une forme périodique de la paralysie générale. Seulement, ces faits sont rares et encore trop mal étudiés pour qu'on puisse donner les caractères qui permettent de reconnaître cette forme pendant sa période d'état. C'est seulement une guérison inespérée et non définitive qui vient fixer le diagnostic. Ces rémissions sont très-rarement complètes. Les malades conservent soit une grande exagération dans leurs idées, soit des traces évidentes de paralysie.

Etiologie. — La prédisposition à la paralysie générale est souvent annoncée par un *tempérament* vigoureux, une grande

énergie du système musculaire, un esprit actif, entreprenant et très-excitable.

L'hérédité est ici aussi influente que dans les autres vésanies. Le *sexe* et l'*âge* ont une influence considérable sur le développement de la maladie. C'est de 35 à 45 ans que la maladie éclate le plus fréquemment, et les hommes sont pris dans une proportion énorme (5 sur 6). Ces deux circonstances sont en rapport avec les *causes occasionnelles* les plus importantes : excès alcooliques, excès vénériens, abus du tabac. Aussi les marchands de vin, les militaires, les marins, et, chez les femmes, les prostituées, fournissent un large contingent à la maladie. C'est pour les mêmes raisons que les habitants du Nord et des grands centres de civilisation sont très-sujets à la paralysie générale. Notons encore, comme cause occasionnelle, les coups à la tête, l'insolation, les chagrins, des efforts intellectuels prolongés. Les lettrés fournissent une plus grande proportion de paralytiques que les illettrés.

L'affection hémorrhoïdaire est extrêmement fréquente chez les malades atteints de paralysie générale, et il existe certainement un rapport étiologique fort important entre ces deux maladies.

Anatomie pathologique. — La lésion de la paralysie générale est constante; c'est une inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau. Cette inflammation présente à son début, sur la substance grise des circonvolutions et sur les points correspondants de la pie mère des plaques rosées, formées par un grand nombre de petites ecchymoses fort rapprochées, présentant un piqueté bien apparent, tenace, et ne disparaissant pas par le lavage le plus prolongé; cette coloration rosée occupe au commencement la couche superficielle de la substance grise, mais plus tard elle envahit toute son épaisseur. Au début, ces plaques siégent principalement sur les *cornes frontales* des hémisphères, plus tard elles se multiplient, s'élargissent, se réunissent et occupent une grande partie des circonvolutions. La pie-mère présente au niveau de ces plaques une rougeur circonscrite

résistant aux lavages prolongés. Au niveau de ces plaques, des adhérences ne tardent point à s'établir entre la pie-mère et la substance grise, et quand on dépouille le cerveau de ses membranes, une partie plus ou moins épaisse de la substance grise reste attachée à la pie-mère ; en sorte que les circonvolutions semblent le siége d'ulcérations irrégulièrement arrondies, dont le fond d'un gris rosé présente un aspect granulé. Dans une période avancée, ces adhérences deviennent générales, et la plus grande partie de la substance corticale reste attachée à la pie-mère. La substance grise est alors devenue dure et friable. La pie-mère adhère à elle-même dans l'intervalle de certaines circonvolutions. Les deux lobes antérieurs sont souvent soudés ensemble. Les ventricules contiennent de la sérosité, leur membrane est épaissie et présente de fines granulations. Ces lésions sont plus marquées sur les régions antérieures ; le cervelet les présente à un degré beaucoup moindre.

Le microscope permet de reconnaître un grand développement des vaisseaux de la pie-mère et de la substance grise. Dans cette dernière, on trouve un grand nombre de capillaires oblitérés par des globules entassés les uns sur les autres, des épanchements de sérosité, des globules sanguins, des cellules plastiques. Les éléments nerveux sont déformés, disjoints, et subissent la dégénérescence graisseuse.

Indépendamment de ces lésions propres à la paralysie générale, on rencontre encore des lésions accessoires ; et en particulier des hémorrhagies méningées qui coïncident souvent avec des attaques éclamptiformes. D'autres fois ce sont des hémorrhagies cérébrales, variables par leur siége et leur étendue.

Traitement. — Il est malheureusement encore très-défectueux. Dans la *forme commune*, les indications se tirent de la monomanie avec affaiblissement des facultés et de la paralysie générale, caractérisée spécialement par le bégaiement. *Sulfur*, *veratrum*, *causticum*, *cuprum*, sont les médicaments principaux.

Sulfur est indiqué par l'idée délirante qui fait prendre des haillons pour des habits magnifiques, et des cailloux pour des pierres précieuses; par l'affaiblissement de la mémoire et des

facultés intellectuelles; par le bredouillement et la paralysie commençante.

Veratrum, idée que l'on est prince; démence avec actes dégoûtants: le malade mange ses excréments; bégaiement. *Cuprum* présente les mêmes symptômes, sans qu'il soit possible encore de préciser davantage cette indication.

Caustieum convient surtout quand la monomanie des grandeurs est remplacée par la lypémanie. Ce médicament convient à la démence et à la paralysie commençante et au bégaiement. *Aurum* et *nux vomica* tout à fait au début avec lypémanie et impulsion suicide.

Antimonium crudum est indiqué dans la dernière période, quand les malades sont alités; ce médicament peut encore quelque chose contre les diarrhées excessives et les autres symptômes de cachexie.

Arsenicum est indiqué dans les mêmes circonstances qu'*antimonium*; mais avec une action plus certaine contre la diarrhée chronique.

L'*agitation* et la *fureur* qui reviennent périodiquement indiquent *belladona* ou *opium*.

Traitement de la forme congestive. — *Belladona, opium* et *plumbum* sont indiqués de préférence. Ces médicaments conviennent aux accès apoplectiformes, aux convulsions; ils sont indiqués aussi par le bégaiement particulier à la paralysie générale.

La similitude des symptômes qui caractérisent la *forme grave* de la paralysie générale et la forme grave de la folie, indique les mêmes médicaments dans ces deux cas. Seulement la clinique ne possède pas d'exemple de guérison dans cette forme.

Soins hygiéniques. — Ils se résument en ces mots: éviter toutes les causes de congestion cérébrale; supprimer par conséquent les alcools, le tabac, les grands repas, l'application intellectuelle ou le sommeil après avoir mangé.

Les rapports si intimes qui existent entre la paralysie générale et les hémorrhoïdes, doivent engager le médecin à ne rien faire qui puisse supprimer le flux hémorrhoïdal.

IIIe SOUS-DIVISION. — **Névroses** avec troubles des mouvements et de la nutrition; **scléroses** du tissu nerveux et en particulier de la moelle épinière.

Ces névroses sont toutes caractérisées par une inflammation de la moelle épinière aboutissant à une sclérose ou à un ramollissement, la différence du siége de la lésion fait toute la différence des symptômes : douleurs, ataxie, paralysie, atrophie. Ces névroses sont au nombre de sept : l'*ataxie locomotrice*, la *sclérose en plaques*, les *paraplégies*, la *paralysie labio-glosso-pharyngienne*, la *crampe des écrivains*, l'*atrophie musculaire progressive* et la *sclérodéremie*.

CHAPITRE PREMIER

ATAXIE LOCOMOTRICE

Définition. — Confondue jusqu'à ces derniers temps avec la paraplégie, l'ataxie locomotrice est une névrose caractérisée par le défaut de coordination des mouvements volontaires, avec conservation, au moins au début de la maladie, de l'intégrité de la contractilité musculaire. La lésion de l'ataxie locomotrice est une sclérose des cordons postérieurs.

L'ataxie locomotrice survient à titre de symptôme au début de la paralysie générale, dans l'hystérie et dans les tumeurs du cervelet.

L'observation clinique de cette maladie est encore trop récente pour que nous ayons pu en constituer définitivement les formes ; la marche extrêmement chronique, la longue durée et la rareté relative de la maladie, sont autant de difficultés qui retarderont encore la solution de cette question. Cependant nous croyons qu'à côté de la *forme commune*, la seule que nous décrivions *in extenso* ; on peut indiquer une *forme maligne* à marche relativement rapide, se terminant par la mort, par des complications de myélite après dix-huit mois et deux ans. Puis une *forme anomale* dans laquelle manque quelques symptôme

importants, comme les douleurs fulgurantes par exemple. On peut partager en trois périodes la marche de la maladie : *début*, *période d'état* et *période ultime*.

1° *Période du début.* — Des douleurs fulgurantes ou térébrantes, des paralysies très-localisées, des troubles dans les fonctions génitales, des vertiges, caractérisent cette première période.

Nous retrouverons et nous décrirons les douleurs dans la période d'état; les paralysies sont souvent transitoires, les plus fréquentes sont celles de la troisième et de la sixième paire, d'où strabisme, diplopie et, dans le dernier cas, chute de la paupière supérieure, paralysie de l'iris, amblyopie et amaurose, mais habituellement bornées à un seul œil; cependant quelques malades deviennent complètement aveugles. La surdité est beaucoup plus rare.

La paralysie incomplète du sphincter de la vessie et l'incontinence d'urine est un symptôme plus fréquent. Plusieurs fois, dès le début de la maladie, j'ai observé une véritable ataxie des muscles défécateurs et expulseurs de l'urine, qui se traduisait par des selles involontaires quand le malade voulait uriner ou par la brusque sortie des urines quand le malade voulait lâcher un vent ou aller à la selle. Les troubles des organes génitaux sont habituellement une surexcitation de ces organes, jointe à une éjaculation trop facile et à de véritables spermatorrhées.

Le vertige dont on a voulu faire, à tort, le signe de l'ataxie liée à une affection du cervelet, est fréquent dans la maladie que nous décrivons, il marque souvent le passage de la première à la seconde période; il se manifeste principalement quand le malade marche sur un terrain glissant, difficile, ou au milieu de la foule.

2° *Période d'état.* — Elle est caractérisée par le désordre du mouvement qui donne son nom à la maladie. Le plus souvent, le malade s'aperçoit de ce désordre, par la crainte de tomber quand il veut se retourner brusquement, ou bien quand il marche sur un terrain glissant, difficile, quand il descend un

escalier : il sent qu'il perd l'équilibre, il s'arrête court, cherche un point d'appui et éprouve de la difficulté à repartir; souvent un état vertigineux évident, surtout au début, rend encore la marche encore plus difficile. D'autres malades se sont aperçus du début de la maladie parce qu'ils ne pouvaient plus sauter, danser, courir ou monter à cheval.

La démarche devient caractéristique; le malade hésite au départ; il chancèle et a besoin d'un appui; après quelques pas, il marche d'une manière plus assurée, mais les membres roides, lançant le pied par saccade et frappant lourdement le sol du talon ; quelques-uns accélèrent la marche et vont à petis pas très-pressés.

Sur un terrain uni, l'ataxique peut ainsi fournir une très-longue course; mais s'il rencontre un obstacle, s'il change brusquement de direction, il chancèle de nouveau. La maladie faisant des progrès, les mouvements deviennent de plus en plus violents et désordonnés ; le malade fait des efforts considérables pour se maintenir en équilibre et progresser; il se fatigue et bientôt est obligé de s'arrêter épuisé et haletant. Le désordre des mouvements augmente encore : le malade est obligé de rester assis sans que les muscles aient rien perdu de leur contractilité, mais parce que les mouvements ne peuvent plus être assez coordonnés pour permettre ni la station, ni la progression. A cette époque, le malade éprouve quelquefois des mouvements involontaires, sorte de secousses convulsives d'une extrême violence.

L'anesthésie, l'analgésie et la perte de la conscience de l'activité musculaire, sont des symptômes presque constants à cette période ; ils contribuent à la gêne des mouvements et leur donnent quelques caractères tout spéciaux. Le malade ne sent pas le terrain sur lequel il marche ou il le sent mal ; il a perdu la conscience de la contraction musculaire, en sorte que s'il ferme les yeux, ou s'il est dans l'obscurité, la démarche et même la station deviennent excessivement difficiles, et, à un certain degré, complètement impossibles. Si on fait tenir le malade debout, les pieds rapprochés, il peut encore sans appui garder cette situation, mais, s'il ferme les yeux, il perd l'équilibre

chancèle et tomberait si on ne le soutenait. L'anesthésie des pieds est cause de sensation étrange; le malade croit marcher sur un tapis, sur des boules élastiques ; quelquefois il perd entièrement la sensation du sol et croit marcher en l'air.

Le malade éprouve souvent des sensations de compression circulaire dans les membres inférieurs et surtout dane les jambes. Cette sensation se retrouve dans la paraplégie essentielle.

Les douleurs fulgurantes et térébrantes que nous avons signalées au début, continuent pendant cette période. Elles apparaissent par accès irréguliers. Le plus souvent, ces accès durent de douze à vingt-quatre heures et reviennent toutes les semaines, tous les mois; d'autres fois, elles reviennent par accès très-courts, tous les jours; quelquefois, enfin, les accès sont très-longs et durent des mois entiers sans laisser de repos aux malades. Ce sont des douleurs extrêmement aiguës, survenant brusquement et se terminant de même, d'une durée très-courte, une à deux secondes, et séparées entre elles par un intervalle de calme complet. Ces douleurs déterminent souvent un mouvement appréciable dans le membre qui en est le siége et ressemblent à une véritable secousse électrique ; elles siégent habituellement sur un trajet nerveux : branches du sciatique, nerfs plantaires, rameau testiculaire, etc.

Les douleurs fulgurantes sont plus ou moins fréquentes, plus ou moins intenses suivant les cas individuels; nous avons observé des malades qui n'en n'ont jamais souffert.

Nous avons observé plusieurs fois pendant cette période des crises de vomissement extrêmement douloureux ; ce sont des vomissements bilieux répétés pendant six, douze et vingt-quatre heures et accompagnés d'une constipation excessive et de douleurs gastriques extrêmement violentes. On observe encore quelquefois des *néphralgies* qui simulent absolument les coliques néphrétiques.

3e *période*. — La troisième période est caractérisée par l'impossibilité de se tenir debout ou assis; le malade reste désormais couché : l'amaigrissement et la faiblesse font de grands progrès ; les membres supérieurs se prennent à un degré plus

ou moins considérable. Cette invasion des membres supérieurs est annoncée par un engourdissement siégeant plus souvent dans les derniers doigts de la main; les mouvements deviennent saccadés, *maladroits* et désordonnés. Notons que dans quelques cas les membres supérieurs sont pris dès la seconde période et, par exception, tout à fait au début et avant les membres inférieurs.

A cette dernière période on voit quelquefois reparaître les paralysies du début; l'intelligence reste nette jusqu'à la fin et la mort arrive soit par une maladie intercurrente, soit par les eschares, soit par une diarrhée incoercible; nouveau point de rapprochement entre cette maladie et la paralysie générale. Deux fois pendant la période ultime, et même celle d'état, j'ai observé une fragilité considérable du tissu osseux et des fractures par la seule contraction musculaire, et cette complication a été signalée par tous les auteurs.

Je dois encore signaler les *arthropathies;* c'est une affection rare qui survient habituellement dans la période d'état, elle est caractérisée par un gonflement énorme de l'articulation, avec épanchement très-abondant et absence de douleur, elle s'accompagne de la destruction des cartilages et des os eux-mêmes qui disparaissent et sont résorbés comme dans certains cas de *sclérodermie*. Les arthrites, comme les fractures spontanées, sont le résultat d'une lésion de cornes antérieures de la moelle qui procèdent à la nutrition.

Dans certains cas il survient tout à fait à la fin de la maladie des spasmes de la vessie qui rendent la situation des malades extrêmement pénible par un ténesme vésical, et souvent vésico-rectal incessant; quelquefois il se joint au ténesme vésical un certain degré de paralysie; d'où rétention incomplète de l'urine, cystite purulente, fièvre et accès pernicieux, néphrite consécutive, etc.

La *durée* habituelle de cette maladie est extrêmement longue dans la *forme commune*, la première période dure des années, la deuxième est un peu moins longue et la troisième se termine en quelques mois. Dans certains cas, qui constituent peut-être la *forme maligne* de cette maladie, la durée totale est de quel-

ques mois ; enfin, on observe fréquemment une forme d'ataxie dans laquelle la deuxième période se prolonge indéfiniment. La maladie, loin d'être progressive, reste indéfiniment stationnaire et peut durer dix, vingt et trente ans. Habituellement la mort arrivè par une maladie intercurrente sans que la troisième période de l'ataxie se manifeste jamais.

Anatomie pathologique. — Chez un certain nombre de malades, on ne rencontre pas de lésion appréciable sans microscope ; ce qui avait fait dire que la sclérose des cordons postérieurs n'était pas une lésion constante de l'ataxie locomotrice ; mais l'examen microscopique, en démontrant l'existence constante d'une myélite, est venu renverser cette opinion.

Habituellement, quand on ouvre le rachis, on trouve les membranes très-injectées, la pie-mère adhérente à la moelle. Celle-ci présente dans ses cordons postérieurs, d'abord une augmentation de volume bientôt remplacée par une diminution qui peut aller jusqu'au trois quarts de l'organe ; elle a pris une couleur jaunâtre, quelquefois demi-transparente. Cette lésion est d'autant plus marquée, qu'on examine la moelle à une région plus inférieure, elle diminue progressivement à mesure qu'on s'èlève vers la région cervicale. La lésion siége principalement dans les faisceaux radiculaires postérieures, mais elle finit presque toujours par atteindre les faisceaux moyens ou faisceaux de Goll.

Dès le début de la maladie, le microscope révèle une lésion siégeant dans la *névroglie* et dans les parois des petites artères. Les parois des petits vaisseaux sont épaissies par des couches superposées de petites cellules arrondies. Les cellules de la névroglie (tissu conjonctif du système nerveux) sont agrandies ; leurs noyaux multipliés et augmentés de volume sont entourés d'une couche de protaplasma.

Plus tard, à ces lésions qui ne sont en définitif qu'une prolifération du tissu conjonctif, une inflammation interstitielle ou sclérose, vient se joindre une altération du tissu nerveux lui-même; celui-ci comme étranglé par la prolifération et la rétraction de la névroglie s'atrophie. Les tubes nerveux perdent

leur moelle qui subit le segmentation granuleuse; les cylindres-axes deviennent transparents, pâles et granuleux; des granulations graisseuses et amyloïdes se produisent et le tissu nerveux est en résumé plus ou moins complètement détruit.

Dans certains cas exceptionnels et à marche moins chronique on rencontre un véritable *ramollissement* de la substance grise ; dans ce cas il y a eu *myélite parenchymateuse*, c'est-à-dire qui a commencé par le tissu nerveux lui-même.

Étiologie. — Elle est identique avec celle de la paralysie générale. Cette maladie survient le plus souvent de 30 à 40 ans ; elle atteint beaucoup plus d'hommes que de femmes ; elle alterne dans les familles avec la folie, la paralysie générale et les autres névroses ; elle survient habituellement dans des constitutions très-vigoureuses, chez des hommes doués d'une vigueur musculaire extraordinaire ; l'abus de l'alcool, du tabac et des femmes, constitue les circonstances les plus favorables à son développement. L'affection hémorrhoïdaire joue un rôle fort important dans la genèse de l'ataxie locomotrice comme dans celle de la paralysie générale.

Traitement. — Le traitement de cette maladie est encore fort peu avancé. L'hydrothérapie, les bains de mer, les eaux de Néris, celles de Wildbad et de Gastein comptent quelques succès. Les médicaments, quoique n'ayant pas encore, à ma connaissance, amené de guérison radicale, sont d'un grand secours pour combattre les douleurs et même pour arrêter la marche de la maladie. Voici les principaux :

Helleborus niger, *phosphorus*, *arsenicum*, *angustura spuria*, *nux vomica*, *belladona*, *chamomilla*, *argentum nitricum*, *tarentula*, *zincum oxydatum*, *conium*.

Angustura spuria répond aux douleurs fulgurantes avec secousses électriques dans les membres. *Belladona*, alternée avec *chamomilla*, m'a souvent servi à calmer les mêmes douleurs quand *angustura* avait échoué. Richard Hugues conseille belladone au début et prétend avoir obtenu une guérison avec ce mé-

dicament. Bethmann a noté expressément ce symptôme : il *lève les jambes lentement et les jette avec force* (Roth), ce qui est un symptôme d'ataxie, de même que le suivant : *en marchant il lève les pieds comme pour enjamber un obstacle*; la paralysie du moteur oculaire commun et les douleurs fulgurantes font aussi parti de la pathogénie de belladone. *Nux vomica* répond aux contractions désordonnées du sphincter et aux souffrances gastriques ; il est encore indiqué par la disposition hémorrhoïdaire ; *tarentule* est aussi indiqué par les contractions désordonnées du sphincter. Je l'alterne quelquefois avec nux vomica une semaine l'un, une semaine l'autre ; *phosphorus* répond aux douleurs fulgurantes, au trouble des mouvements, ainsi qu'à la surexcitation génitale. *Arsenicum* convient dans certaines douleurs moins fulgurantes, mais survenant la nuit, et s'accompagnant d'agitation et d'insomnie. *Helleborus* est le médicament qui, par sa pathogénésie, répond le plus au désordre des mouvements qui caractérise l'ataxie. J'en ai obtenu quelques bons résultats relatifs. *Zincum oxydatum* a été indiqué par le Dr Frédault qui a obtenu quelque amélioration de l'usage de ce médicament. *Conium* est indiqué au début, à cause de son action paralysante sur les nerfs moteurs de l'œil. *Argentum nitricum* a été employé empiriquement ; à haute dose, il semble, dans quelques cas, avoir arrêté la maladie.

Les doses sont très-difficiles à préciser ; les malades éprouvent facilement des aggravations et il faut noter leur susceptibilité. Le nitrate d'argent a été employé à la dose de plusieurs centigrammes par jour, comme dans l'épilepsie.

Quand il existe des douleurs très-violentes : Gastralgie, néphralgies, coliques, ténesme vésico-rectal insupportable, douleurs fulgurantes, il ne faut pas hésiter à employer les injections hypodermiques de morphine.

CHAPITRE II

SCLÉROSE EN PLAQUES

Cette affection est caractérisée anatomiquement par l'inflammation interstitielle (sclérose) du tissu nerveux, et spécialement

par la distribution sous forme de *plaques* de cette inflammation, dans le cerveau et la moelle épinière. Les symptômes qui caractérisent cette affection sont: un tremblement spécial et des paralysies en rapport avec le siége de la lésion. Comme toutes les affections de même nature, la sclérose a une marche chronique et irrégulièrement progressive.

La sclérose en plaques se rattache trop étroitement à la sclérose des cordons postérieurs (ataxie locomotrice) et à la sclérose des cordons antéro-latéraux pour qu'on puisse séparer son histoire des autres *névroses* qui ont pour lésion une inflammation chronique de la moelle épinière ou du cerveau.

Suivant que la lésion siége à la fois dans le cerveau et dans la moelle épinière ou exclusivement dans l'un de ces organes, les symptômes sont différents et, à ce point de vue, on a décrit une *sclérose cérébrale*, une *sclérose spinale* et une sclérose *cérébro-spinale*. C'est cette dernière que nous décrirons ; les deux autres variétés étant suffisamment connues quand on a établi que la sclérose pouvait se limiter soit au cerveau, soit à la moelle, et par conséquent, manque dans un cas des symptômes spinaux et dans l'autre des symptômes cérébraux.

Sclérose en plaques cérébro-spinale. — Cette maladie débute habituellement par des symptômes de paralysie incomplète qui occupent l'un des deux membres inférieurs et s'étendent progressivement à l'autre membre inférieur puis aux membres supérieurs. L'apparition de la paralysie est brusque ou graduelle. Dans ce dernier cas elle est annoncée par des sensations d'engourdissements et de fourmillements dans les membres qui doivent plus tard être paralysés. Habituellement mais non toujours, les sphincters sont épargnés au début; du reste nous le répétons, le siége des paralysies varie avec le siége de la lésion.

L'affaiblissement de la contractilité s'accompagne d'un tremblement qui constitue le signe distinctif de la sclérose en plaques. Ce tremblement a pour caractère essentiel de ne se manifester qu'à l'occasion d'un mouvement volontaire et de

s'accentuer en proportion de l'étendue de ce mouvement. Ainsi pas de mouvement, pas de tremblement; petit mouvement, petit tremblement; mouvement étendu, tremblement considérable. Ce signe suffit à distinguer la sclérose en plaques de la *paralysie agitans*, affection caractérisée aussi par un tremblement, mais ce tremblement est contenu, et il diminue par les mouvements volontaires.

La marche est titubante et a quelques rapports avec celle des choréiques et des ataxiques, enfin quand les plaques de sclérose envahissent les faisceaux radiculaires postérieurs, les malades sont pris de *douleurs fulgurantes*; et quand elles se localisent sur les circonvolutions cérébrales antérieures, ils présentent quelques-uns des symptômes de la *paralysie générale* : affaiblissement des facultés, délire des grandeurs et plus souvent un trouble de l'articulation des sons caractérisé par une sorte de bégaiement avec effort et lenteur de la parole, chaque mot est scandé et séparé du précédent par une légère hésitation. Les malades atteints de sclérose en plaques sont souvent pris d'accidents apoplectiformes qui sont suivis d'une aggravation de tous les symptômes.

Nous avons dit que la *marche* de la sclérose en plaques était lentement et irrégulièrement progressive. On observe quelquefois, comme dans les autres névroses avec sclérose du tissu nerveux, des temps d'arrêt et même des améliorations qui allongent singulièrement la *durée* de la maladie.

Les malades pendant quelque temps continuent à se lever et à marcher; plus tard les paralysies et les contractures les obligent à garder le lit, enfin ils finissent par tomber dans la *cachexie* spinale caractérisée par l'amaigrissement, l'œdème, les eschares, les diarrhées et les pneumonies ultimes.

Anatomie pathologique. — Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos des autres scléroses de la moelle nous permettront d'être très-courts. La lésion, avons-nous dit, est une inflammation interstitielle qui se termine par l'induration de la partie malade et la destruction des *éléments nerveux* étranglés par le développement exagéré du tissu connectif.

La sclérose se reconnaît à l'œil nu sous la forme de taches tantôt grises tantôt jaunâtres; distribuées irrégulièrement sur le cerveau et les différents cordons de la moelle épinière, elles n'occupent pas un seul ordre de faisceau, mais envahissent principalement les cordons antéro-latéraux, la substance grise et quelquefois les cordons postérieurs.

Traitement. — L'hydrothérapie et l'électricité à courant continu ont donné quelquefois des temps d'arrêt bien prononcé. Quant aux médicaments nous renvoyons à l'histoire des autres scléroses.

CHAPITRE III

PARAPLÉGIES

La clinique et les études d'anatomie pathologique ne permettent plus de conserver dans le cadre nosologique une *maladie* appelée paraplégie. Aujourd'hui la paraplégie n'est plus qu'un *symptôme* lié soit à une névrose, soit à un empoisonnement, soit à une maladie ou à un traumatisme de la moelle épinière.

La paraplégie est à proprement parler une *paralysie spinale ;* son siége, sa distribution et sa marche, les différents phénomènes morbides qui l'accompagnent sont en rapport direct avec les fonctions de la moelle épinière, fonctions si différentes de celle de l'encéphale.

Le type de la paraplégie, celui qui sert à sa description, est caractérisé par une paralysie du mouvement et du sentiment commençant par les membres inférieurs, se propageant de bas en haut, atteignant les muscles du tronc, les sphincters, les membres supérieurs, puis les muscles respiratoires, s'accompagnant ou non d'atrophie musculaire, de troubles des mouvements réflexes et d'eschares. Mais la paralysie spinale présente des formes nombreuses et qui s'éloignent plus ou moins des types classiques ; nous allons les exposer successivement.

Nous distinguerons neuf variétés des paraplégies : 1° une paraplégie complète; 2° une paraplégie complète avec conservation de la contractibilité électrique et sans atrophie musculaire ; 3° une paraplégie limitée au mouvement sans atrophie musculaire ; 4° une paraplégie du mouvement avec contraction et tressaillement; 5° une paraplégie bornée au sentiment; 6° une paraplégie incomplète avec ataxie; 7° une paraplégie incomplète avec tremblement; 8° une paraplégie amyotrophique qui présente plusieurs variétés ; 9° une paraplégie unilatérale ou hémiplégie spinale.

1° *Paralysie complète.* Elle présente deux variétés déterminées par le siége de la lésion.

a. Paraplégie complète avec paralysie du sphincter et atrophie musculaire. — Non-seulement le mouvement et la sensibilité sont abolis dans la partie inférieure du corps, mais la contractibilité électrique, les mouvements réflexes cessent très-rapidement en même temps que l'atrophie musculaire se produit. Il y a incontinence d'urine et des matières fécales par paralysie du sphincter; l'œdème des membres paralysés et les eschares du sacrum sont des phénomènes très-précoces dans cette variété.

Cette paraplégie est le signe de la destruction d'un segment entier de la moelle épinière avec désorganisation complète de la substance grise à la région lombaire. L'ascension des phénomènes de paralysie jusqu'aux membres supérieurs et aux muscles respirateurs indique que la lésion gagne le haut de la moelle épinière.

On n'observe de semblables lésions que dans la myélite diffuse aiguë ou chronique ; l'hémorrhagie de la moelle spinale ; les tumeurs de la moelle et du canal rachidien ; le mal de Pott ; et le traumatisme.

b. Paraplégie complète avec apparition tardive de l'atrophie musculaire et de la paralysie du sphincter. — Dans cette variété on observe la paralysie complète du mouvement et du sentiment avec *retention d'urine* par cessation de l'influence cérébrale sur les sphincters, augmentation considérable des

mouvements réflexes, conservation de la contractilité électrique et de la nutrition des membres ; eschares du sacrum plus tardifs.

Cette variété indique la désorganisation de la moelle *au-dessus de la région lombaire* avec conservation de la substance grise des renflements lombaires, d'où la conservation de la vie végétative dans les parties paralysées et conservation de la contractibilité des sphincters. Cette paraplégie peut s'étendre vers les parties supérieures ou inférieures de la moelle. Dans ce dernier cas, quand le renflement lombaire est atteint, l'état paralytique se complète, les sphincters se paralysent et la vie végétative est atteinte dans les parties paralysées ; d'où l'atrophie, les eschares et les incontinences. On rencontre cette lésion dans les mêmes maladies que la précédente ; la différence des symptômes indique ici une simple différence du siége.

2° *Paraplégie complète mais sans troubles de la vie végétative.* — Dans cette variété il y a paralysie complète du sentiment et du mouvement ; souvent rétention d'urine. Mais les contractilités électriques et réflexes sont intactes ; il n'y a jamais ni atrophie, ni eschare, quelle que soit la durée de la paralysie.

Cette variété est caractéristique de l'hystérie.

3° *Paraplégie limitée au mouvement et sans atrophie musculaire.* — Cette variété se rencontre quelquefois dans l'hystérie, mais elle est le plus souvent le signe d'une interruption entre le cerveau et les muscles par une lésion des cordons blancs antéro-latéraux.

La contractilité réflexe est exagérée, la contractilité électrique conservée. Il n'y a point d'atrophie, point d'eschare ; cette lésion des cordons blancs antérieurs peut être produite par une myélite ou une tumeur.

4° La même paralysie avec contracture et convulsions indique une lésion limitée aux faisceaux latéraux de la moelle.

5° Une *paraplégie bornée au sentiment* indiquerait une lésion des cordons postérieurs, mais ce symptôme isolé n'a jamais été observé que dans l'hystérie et encore extrêmement rarement.

6° Une paralysie incomplète du sentiment avec ataxie des mouvements est le signe certain de l'altération des faisceaux

postérieurs et des faisceaux radiculaires postérieurs ; c'est le symptôme principale du *tabes*, ataxie locomotrice. On rencontre encore ces symptômes dans les autres paraplégies quand les faisceaux radiculaires postérieurs sont atteints; enfin on a encore observé un certain degré de cette paraplégie dans l'hystérie.

7° Une paraplégie incomplète, irrégulièrement distribuée, atteignant dans des points divers le sentiment, le mouvement ou même la nutrition musculaire, *accompagnée* d'un tremblement qui se manifeste à propos des mouvements volontaires, est le signe d'une myélite diffuse, disséminée (sclérose en plaques).

8° *Paraplégie amyotrophique*. Elle présente plusieurs variétés.

a. La paraplégie siégeant uniquement sur le mouvement, occupant les membres inférieurs et remontant plus ou moins haut, s'accompagnant de cessation de la contractilité électrique et d'atrophie musculaire avec conservation du sentiment et intégrité des sphincters, est le signe d'une lésion de la *substance grise antérieure*, soit que cette lésion accompagne une myélite diffuse centrale, épendymaire, ou une myélite fasciculée des cornes antérieures *à marche aiguë*.

b. Une paraplégie avec localisation propre à un certain nombre de muscles qui s'atrophie, tandis que les autres reprennent l'intégrité du mouvement, la conservation de la contractilité électrique tant qu'il reste des fibres musculaires, une paralysie, en un mot, qui suit l'atrophie du muscle et lui est proportionnelle, est le signe d'une myélite fasciculée des cordons gris antérieurs à marche chronique (atrophie musculaire progressive).

c. La même paralysie, mais plus limitée, la seule qui puisse atteindre les membres supérieurs en laissant intact les membres inférieurs, s'augmentant par saccades, est le signe habituel de la myélite diffuse centrale.

d. La même paralysie, mais exactement limitée aux muscles animés par un nerf déterminé avec atrophie très-rapide, est le

signe de la destruction d'un nerf soit à sa racine, soit dans une portion de son trajet.

e. Une paralysie amyotrophique souvent limité à un membre avec contracture et convulsions, conservation de la contractilité électrique, est le signe de la myélite du faisceau latéral atteignant la corne antérieure (lésion amyotrophique de Charcot).

9° *Hémiplégie spinale.* Comme les fibres du mouvement ne sont pas croisées dans la moelle et que celles de la sensibilité le sont, l'hémiplégie spinale est caractérisée par la perte du mouvement du côté lésé et par la perte du sentiment du côté opposé. Dans certaines lésions traumatiques ou inflammatoires il existe habituellement une zône hyperesthésique du côté de la paralysie du mouvement; par suite de l'excitation de la moelle, cette hyperesthésie siége habituellement immédiatement au-dessus de la lésion.

L'hémiplégie spinale est le signe d'une lésion limitée à une moitié de la moelle. Suivant que cette lésion occupe le segment entier, ou le segment postérieur ou l'antérieur, ou le faisceau latéral ou la substance grise antérieure, elle s'accompagne des symptômes qui sont liés à de différentes lésions et que je rappelle comme résumé de cet article :

Le *faisceau gris postérieur* transmet la sensibilité.

Le *faisceau radiculaire postérieur* est le siége de la coordination des mouvements spinaux.

Les *faisceaux blancs antero-latéraux* transmettent l'influence cérébrale et président aux mouvements volontaires; les faisceaux latéraux par leur lésion donne lieu à des contractures et à des convulsions ; enfin la *substance grise antérieure* préside à la contractilité spinale et à la nutrition musculaire.

Traitement. — Dans la thérapeutique hahnemanienne, l'indication se tire de l'ensemble des symptômes. Nous pouvons donc, bien que la paraplégie ne soit pas une maladie, indiquer les médicaments qui correspondent à ces symptômes.

Belladona convient au début de l'affection ou quand il existe encore des symptômes d'hyperémie de la moelle épinière. C'est

le médicament de la paraplégie envahissante et incomplète. L'engourdissement paralytique du membre supérieur et inférieur, la démarche chancelante, la faiblesse excessive, puis l'impossibilité de la station debout démontre l'action de la belladone sur la moelle épinière.

Nux vomica est aussi un médicament du début comme l'indique les tressaillements musculaires, les crampes nerveuses, les convulsions qui accompagnent les premiers symptômes de paralysie, peu ou point de signe d'impuissance ou de paralysie du sphincter. Les symptômes paralytiques se bornent à ceux-ci : engourdissement avec faiblesse, lourdeur et froid des membres inférieurs.

Les tressaillements, contractures et convulsions spécialisent la noix vomique dans la lésion des faisceaux latéraux.

Ignatia est très-analogue à *nux vomica*, mais il est spécialement approprié aux paraplégies hystériques dans lesquelles il m'a donné de véritables succès. Je l'ai employé à la 6e et à la 12e dilution.

Cocculus est un des médicaments les plus recommandés par notre école; nous avons obtenu des guérisons par son emploi; il correspond à la paralysie des membres inférieurs et à celle des bras, à celle des muscles du cou, à une demi-paralysie de la langue, qui oblige à parler lentement, à une paralysie incomplète de la déglutition.

Les développements de gaz intestinaux, la céphalalgie générale avec hébétude, vertiges, *mal de mer*, caractérisent ce médicament.

Rhus toxicodendron convient surtout dans la paraplégie rhumatismale avec douleurs musculaires qui diminuent par un mouvement prolongé. Cependant Noack et Trinks citent des guérisons de paraplégies même sans douleurs mais par des doses croissantes de teinture mère. La paralysie des sphincters et du sens génital est peu marquée.

Phosphorus a été mis en honneur principalement par Ad. Gallavardin (de Lyon). La paralysie est progressive, elle est surtout spinale, c'est-à-dire qu'elle siége dans les membres des deux côtés; elle commence par le fourmillement et va jusque la pa-

ralysie complète, elle s'accompagne de contraction partielle dans les muscles malades, de paralysies des sphincters, quelquefois du nerf de la 3e paire et d'amaurose ; l'abolition du sens génital est précédé par son exaltation.

Arsenicum. La paralysie arsenicale a surtout été étudiée par le Dr Imbert-Goubeyre ; c'est une paralysie qui comme celle de la noix vomique est mêlée de crampes, de contractions fibrillaires et de névralgies. Elle siége principalement dans les extrémités des pieds et des mains. Les sphincters sont paralysés.

Plumbum convient principalement lorsque la cessation des mouvements réflexes et l'atrophie musculaire se produisent. La paralysie du plumbum s'accompagne de contractions fibrillaires; elle ne produit ni paralysie des sphincters, ni dépression du sens génital. Aussi le plumbum convient davantage dans le traitement de l'*atrophie musculaire* et toutes les fois que les symptômes annoncent une lésion des faisceaux gris antérieurs.

Argentum nitricum. Richard Hughes (1) recommande ce médicament dans la paraplégie commençante de causes débilitantes. Il indique comme symptômes produits par ce médicament : la faiblesse spinale avec douleur au bas du dos, la faiblesse des jambes jusqu'à la paralysie, les vertiges et l'obscurcissement de la vue. Hughes recommande la 3e atténuation.

Les autres médicaments que nous avons signalés sont encore trop peu étudiés au point de vue de la paraplégie pour que nous puissions en préciser les indications.

L'*électricité* lutte efficacement contre l'atrophie musculaire ; l'*hydrothérapie* est indiquée au début pour remonter les forces. Les *eaux thermales*, enfin, ne doivent pas être négligées dans les traitements d'une affection si rebelle.

Les eaux très-chaudes, salines, sulfureuses ou arsenicales, doivent être choisies de préférence. Nous citerons *Balaruc* qui a eu de vrais succès sur nos soldats de Crimée ; *Bourbonne*, *Bourbon-l'Archambault*, *Tæplitz*, *Plombières*, le *Mont-Dore*, *Aix-en-Savoie*, *Aix la-Chapelle*, *Wildbad* et *Gastein* enfin, qui ont une renommée traditionnelle.

(1) Hughes. De l'action des médicaments homœopathiques, traduit de l'anglais et annoté par L. Guérin-Méneville. Paris, 1874.

CHAPITRE IV

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-PHARYNGIENNE

Définition. — Sous le nom de *paralysie progressive* de *la langue, de l'orbiculaire des lèvres et du voile du palais*, M. Duchenne (de Boulogne) a décrit une névrose extrêmement rare (1).

Cette maladie, suffisamment définie par le nom que lui a donné M. Duchenne (de Boulogne), survient sans cause occasionnelle, au milieu de la santé, et plus fréquemment entre 40 et 50 ans ; elle débute par un sentiment de gêne dans la prononciation et dans la déglutition, habituellement attribué par les malades à un mal de gorge. Le malade parle du nez et de la gorge, sans presque remuer la langue qui reste de plus en plus immobile sur le plancher de la bouche ; la déglutition des liquides d'abord, puis celle des solides, deviennent impossibles. La langue ne pouvant plus exécuter ce temps de la déglutition dans lequel sa pointe parcourt le palais d'avant en arrière, le bol alimentaire est porté difficilement vers le pharynx; et s'il y arrive, il est rejeté violemment par les fosses nasales ou par la bouche, parce que la paralysie du voile du palais détruit la synergie nécessaire à la déglutition et ne fait plus équilibre au pharynx qui reste indemne de toute paralysie. La salive ne pouvant être avalée s'accumule et s'épaissit dans la bouche; la paralysie de la langue et de l'orbiculaire des lèvres s'oppose à son expuition et le malade la laisse écouler dans son mouchoir. En même temps, la parole devient de plus en plus difficile et à peu près impossible. La paralysie du voile du palais empêche l'action de souffler, parce que l'air, comme les aliments, repasse par les fosses nasales. La paralysie de l'orbiculaire des lèvres empêche de prononcer les labiales : *o*, *u*; de donner un baiser ; dans le rire, les lèvres sont entraînées par les muscles antagonistes et le malade obligé de les ramener avec les doigts ; au repos, la bouche semble plus grande,

(1) Duchenne. De l'électrisation localisée, 3e édit. Paris, 1872.

les lignes naso-labiales se creusent et donnent au malade l'air pleureur. Remarquons encore que la langue est manifestement atrophiée, et comme ridée; que la paralysie du voile du palais étant symétrique est difficilement reconnue, d'autant que l'irritabilité musculaire est conservée ainsi que la *contractilité électrique*.

La difficulté de la déglutition amène l'amaigrissement et la perte des forces; et le malade, sans fièvre, sans douleurs, sans troubles intellectuels, muet, et dans l'impossibilité complète d'avaler, assiste ainsi à son agonie et à sa mort après un temps qui varie de six mois à trois ans.

A une époque variable, mais toujours quand l'amaigrissement et la perte des forces sont notables, apparaissent des accès de suffocation, d'autres fois, des accès de syncope dont nous ne possédons pas l'explication physiologique, mais qui terminent brusquement la vie des malades; autrement ils meurent littéralement de soif et de faim.

Voici l'ordre dans lequel se paralysent les muscles : langue, voile du palais, orbiculaire des lèvres, cet ordre n'est pas constant. La *marche* est continue, réellement progressive, sans état stationnaire. La *durée* de la maladie est de six mois à trois ans, la terminaison est constamment la *mort*.

Anatomie pathologique. — Cette maladie s'accompagne toujours de la sclérose et de l'atrophie des racines des nerfs qui animent les muscles paralysées et souvent des nerfs eux-mêmes.

Traitement. — Nul jusqu'à présent; il faut nourrir les malades le plus longtemps possible. La faradisation n'a produit qu'une amélioration passagère; comme médicament nous avons essayé sans succès la *tarentule* et la *noix vomique*.

La noix vomique (3) combinée avec l'hydrothérapie et l'électricité à courant continu nous a donné un demi-succès c'est-à-dire un arrêt indéfini de la maladie.

Plumbum, par son action évidente sur la substance grise des cornes antérieures, est indiqué dans cette paralysie.

CHAPITRE V

CRAMPE DES ÉCRIVAINS

Cette maladie singulière est constituée par une contraction involontaire ou quelquefois une paralysie bornée à quelques muscles, mais le désordre dans la contractilité a pour caractère de se produire seulement à l'occasion de certains mouvements. C'est lorsque le muscle veut accomplir sa fonction que la maladie se manifeste : d'où le nom de *spasme fonctionnel* donné à cette affection par Duchenne (de Boulogne) (1).

Le plus souvent cette maladie s'observe chez les personnes qui écrivent beaucoup, et elle se manifeste toutes les fois qu'elles veulent écrire. Comme elle consiste habituellement dans une contraction douloureuse des extenseurs et surtout des fléchisseurs, le nom de *crampe des écrivains* lui convient parfaitement; d'autres fois, au lieu de la contraction, c'est la paralysie du pouce ou de l'indicateur que l'on observe. Ces désordres musculaire cessent aussitôt que le malade quitte la plume et ne se montrent jamais à l'occasion d'un autre mouvement des doigts.

Des pianistes ont présenté cette maladie, caractérisée par des mouvement irréguliers et involontaires des doigts de la main. Chez un tailleur, la contraction siégeait sur un muscle de l'épaule. Chez un tourneur, le spasme occupait le muscle fléchisseur du pied, et chez un maître d'armes les muscles de l'avant-bras.

Jusqu'à présent cette maladie a résisté à tous les médicaments. La section des tendons a quelquefois amené une amélioration très-notable. Le mieux c'est de remplacer, quand cela est possible, le mouvement qui est l'occasion de la maladie par un autre. Ainsi, pour la *crampe des écrivains*, un porte-plume fixé sur les doigts et les immobilisant, permet d'écrire par un mouvement du poignet. Un très-gros porte-plume qui modifie

(1) Duchenne (de Boulogne). De l'électrisation localisée. 3e édit. Paris, 1872.

le degré de la contraction des muscles suffit quelquefois pour empêcher la manifestation du spasme.

Causticum, produit un symptôme analogue à la crampe des écrivains, petites convulsions dans les doigts en écrivant (Hahnemann, § 1106).

CHAPITRE VI

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE

Sous ce nom on décrit une affection caractérisée par la destruction successive de la fibre musculaire dans des muscles isolés, avec tendance de la lésion à envahir progressivement tous les muscles du corps. La lésion de cette affection est constituée par une sclérose des nerfs, ou des centres nerveux qui président à la *nutrition* des muscles. L'inflammation chronique de la substance grise des cordons antérieurs est généralement considérée aujourd'hui comme la lésion de l'atrophie musculaire progressive.

Cette affection constitue une espèce morbide et c'est pour cela que nous proposons de l'appeler atrophie musculaire essentielle ; dans tous les cas, il faut la distinguer avec soin des atrophies musculaires consécutives aux paralysies, aux rétractions aux compressions et même à la simple immobilité musculaire qui constituent simplement des *lésions.*

L'atrophie musculaire essentielle n'est point une paralysie avec destruction de la fibre musculaire. La destruction de la fibre musculaire est le phénomène initial ; la contractilité persiste dans le muscle tant qu'il reste une fibre intacte, et la paralysie n'est complète que quand la fibre est entièrement détruite. Des études cliniques récentes nous ont démontré que l'atrophie musculaire pouvait compliquer l'*ataxie*, la *paralysie labio glosso-pharyngée* et la *crampe des écrivains;* que toutes ces maladies se rattachaient évidemment à une lésion de même nature, l'inflammation chronique des tissus nerveux, inflammation qui

se terminait par la *sclérose* quand elle était d'abord interstitielle, et par le *ramollissement* quand elle siégeait primitivement sur le tissu nerveux lui-même.

Anatomie pathologique. — Le muscle est atrophié, décoloré, jaunâtre, transparent; il graisse le papier Joseph. Quand la maladie a persisté longtemps, on trouve les racines antérieures et le faisceau antéro-latéral de la moelle épinière notablement atrophiés.

Des travaux récents ont démontré que la lésion siégeait quelquefois dans la substance grise de la moelle et sur des filets du grand sympathique. Jaccoud, s'appuyant sur ces nouveaux faits et sur une étude plus approndie des symptômes, a démontré que l'atrophie musculaire était constituée anatomiquement par une lésion des *nerfs trophiques* des muscles malades ; que cette lésion siége sur des filets distincts du grand sympathique, ce qui est plus rare; ou qu'elle atteigne ces filets quand ils sont unis à l'origine des nerfs spinaux dans les racines antérieures, ou même qu'elle frappe les centres d'innervation sympathiques qui sont disséminés dans la moelle épinière. Mais les travaux les plus récents d'anatomie pathologique localisent dans les *cornes antérieures* la sclérose de la moelle, qui constitue la lésion de l'atrophie musculaire progressive.

L'examen microscopique montre que les fibres striées transversales sont d'abord détruites; puis viennent ensuite les fibres longitudinales, et il ne reste plus que le myolemme. Cette destruction de la fibre est accompagnée de la formation de *granulations* qui plus tard se transforment en graisse. En résumé, l'élément graisseux vient remplacer la fibre musculaire; la contractilité électrique persiste tant qu'il existe une fibre musculaire.

Les faits cliniques ne permettent pas encore d'établir des formes définitives dans cette maladie. Cependant, les cas peuvent déjà être séparés en deux catégories, ceux dans lesquels la maladie commence par le tronc, et ceux beaucoup plus nombreux dans lesquels elle commence par les membres.

1re *période.* — Elle est caractérisée par le défaut de force pour certains mouvements très-limités et par des contractions fibrillaires. Ce symptôme consiste dans des ondulations très-fines dans le sens des muscles, se succédant très-rapidement et produisant de petites saccades perçues par le malade. Ces contractions fibrillaires se développent spontanément; mais elles sont aussi provoquées par la contraction volontaire ou électrique, par un coup, un pincement, une irritation de la peau. Cette première période, qui n'est jamais bien longue, s'accompagne d'une tendance au refroidissement. On a signalé dans quelques cas très-rares l'existence de douleurs dans les membres pendant cette première période.

2e *période.* — Elle est caractérisée par l'atrophie musculaire, d'où résultent des paralysies complètes, mais très-limitées, des attitudes vicieuses et des déformations toutes spéciales.

L'atrophie débute habituellement par les muscles de la main : éminence thénar et hypothénar, muscles interosseux; alors la main affecte la forme d'une griffe. Plus tard, les fléchisseurs et les extenseurs des doigts sont envahis; et l'avant-bras arrive à un état de maigreur squelettique, la peau collée sur les os, le poignet habituellement dans l'extension et les doigts demi-fléchis. A ce degré, la maladie peut rester stationnaire très-longtemps encore.

Les muscles du bras sont ensuite envahis simultanément avec les muscles du tronc; le triceps habituellement persiste le dernier; puis viennent les fléchisseurs des membres inférieurs et enfin les muscles de la face.

Tel est l'ordre suivi par la maladie pour la destruction du tissu musculaire. Ajoutons que la symétrie est la règle, que très-exceptionnellement l'atrophie commence par les membres inférieurs et qu'assez souvent elle débute par les muscles du tronc. On comprend que les déformations, les vices dans l'attitude et les paralysies varient avec les muscles atteints. Seulement les mouvements ne sont pas toujours abolis parce qu'il existe des *muscles supplémentaires.* Ainsi, le *rond pronoteur* remplace le biceps pour la flexion de l'avant-bras; l'atrophie du

grand dorsal, du rhomboïde ne gêne que certains mouvements et vicie l'attitude des épaules pendant le repos. L'atrophie du diaphragme donne lieu aux symptômes bien connus de la paralysie de ce muscle ; il en est de même de la destruction des intercostaux. Notons encore l'absence de synergie et de mesure dans les mouvements par la destruction des muscles antagonistes.

Très-souvent, dans cette période, l'embonpoint du sujet masque la déformation causée par la destruction des muscles. Jaccoud a signalé des accès de refroidissement dans les membres les plus malades pendant cette période qui est la plus longue.

3e *période*. — Elle est caractérisée par des troubles profonds apportés dans les fonctions de la préhension des aliments et de la respiration, et par un état cachectique ; elle se termine fatalement par la mort.

Habituellement la respiration, de plus en plus gênée par la destruction du diaphragme ou des intercostaux, amène une asphyxie lente qui s'aggrave encore de la difficulté de l'expuition. Quand la destruction des muscles est très-avancée, il y a des accès de suffocation qui finissent par amener la mort. A cette période, la destruction des muscles abaisseurs de la mâchoire vient encore aggraver la situation, le malade ne peut plus ouvrir la bouche, il est obligé de porter le menton en avant (menton de galoche), pour faire pénétrer les liquides dans la bouche. Ce défaut d'alimentation vient encore se joindre aux causes d'asphyxie pour précipiter l'issue funeste de la maladie. La sclérose des cornes antérieures peut s'étendre au bulbe ou en être précédé ; dans les deux cas les symptômes de la paralysie *Labio-glosso-pharyngée* viennent se joindre à ceux de l'atrophie musculaire progressive.

On observe souvent l'anesthésie, quelquefois des contractures, mais jamais ni paralysie de la vessie et du rectum, ni aucun trouble intellectuel.

En résumé, la maladie marche lentement ; elle peut rester indéfiniment stationnaire à la deuxième période, quand les

muscles du tronc ne sont pas ou ne sont que légèrement atteints. Arrivée à la troisième période, elle marche plus rapidement et se termine par la mort.

Etiologie. — Cette maladie est *héréditaire* ; la *consanguinité* a une influence fâcheuse sur son développement dans l'hérédité; elle alterne avec l'ataxie et les autres névroses. C'est surtout l'*âge* adulte et le *sexe* masculin qui offrent le plus de cas. L'onanisme et les excès vénériens, les refroidissements, mais principalement l'exercice immodéré d'un seul muscle ou d'un petit nombre de muscles, sont les *causes occasionnelles* le plus souvent signalées ; aussi les saltimbanques sont souvent atteints de cette maladie ; mais les causes occasionnelles peuvent faire complètement défaut.

Traitement. — Duchenne (de Boulogne), qui s'est beaucoup occupé de cette maladie, la traite par la *faradisation* Il faut commencer par de courtes séances pour ne pas *tuer* le muscle malade, puis arriver à des courants très-forts et très-prolongés. Les mouvements fibrillaires sont d'abord détruits, puis la contractilité augmente, le muscle prend du volume, *l'électricité refait la fibre musculaire* et peut arrêter longtemps la maladie. Il est inutile de faradiser les muscles complétement détruits.

La pathogénie nous indique : *plumbum*, *secale cornutum*, *phosphorus* et *arsenicum*. Mais l'expérience clinique ne nous a rien appris de l'efficacité du traitement homœopathique dans cette maladie.

Il existe un cas de guérison par *arsenic* à haute dose.

Plumbum est indiqué par l'atrophie musculaire et la localisation de la paralysie à certains muscles. Mais cependant il n'est pas absolument homœopathique parce que, dans la paralysie saturnine, la sensibilité électrique disparaît tandis qu'elle existe dans l'atrophie musculaire. Enfin, dans la paralysie saturnine, la diminution du mouvement ne paraît pas être en rapport direct avec l'atrophie de la fibre musculaire; il y a une paralysie vraie, tandis que dans l'*atrophie musculaire* le mouvement diminue faute de muscle, mais il n'y a pas de paralysie vraie.

CHAPITRE VII

SCLÉRODERMIE

Cette affection extrêmement rare, et dont nous ne parlerons que pour mémoire, est caractérisée par des troubles de la nutrition qui, d'après Hallopeau, seraient sous la dépendance des ganglions du grand sympathique.

Cette affection débute par des troubles vaso-moteurs caractérisés par des rougeurs, alternant avec des pâleurs des parties malades; des gonflements; des éruptions papulo-érythémateuses; puis surviennent des atrophies de la peau, des muscles et des os eux-mêmes qui finissent par être entièrement résorbés. Ces lésions s'accompagnent d'arthropathies multiplies; elles se montrent le plus souvent aux mains. On aperçoit d'abord des taches rouges recouvertes de squames, plus tard remplacées par des taches blanches au niveau desquelles la peau semble rétracter et tout à fait comparable à une *cicatrice de brûlure*; alors les doigts se rétractent et la peau forme des brides inextensibles, puis les phalanges elles-mêmes sont altérées, elles s'amoindrissent progressivement et finissent par disparaître. Ces lésions se multiplient-elles, elles se montrent sur les membres et sur la face qui s'immobilise et ressemble à un *masque de cire*. Les orifices naturels sont considérablement rétrécis, les paupières sont revenues sur elles-mêmes, les ailes du nez amincies, leur bord libre est comme échancré · les lèvres sont atrophiées, leurs bords froncés comme par des cicatrices, la langue atrophiée.

Ces lésions sont souvent symétriques et marchent avec une extrême lenteur.

IVe Sous-division. — Névroses avec trouble des mouvements sans lésions définies.

Ces névroses sont caractérisées par des convulsions ou par des tremblements. Jusqu'à présent on n'a pas pu déterminer l'existence d'une lésion constante et définie; ce sont : l'*éclampsie*, le *tétanos*, les *contractures des extrémités*. Ces trois espèces ont entre elles de grandes analogies; viennent ensuite la *chorée*, les *paralysies agitans*, le *tremblement sénile*, qui constituent aussi un groupe très-naturel.

CHAPITRE PREMIER

ÉCLAMPSIE

L'éclampsie est une névrose caractérisée par des attaques qui diffèrent de l'épilepsie par une plus grande prédominance des convulsions cloniques et habituellement par une marche plus aiguë et une durée beaucoup moins longue.

L'éclampsie a été confondue avec l'épilepsie par un grand nombre de médecins et décrite sous le nom d'*épilepsie aiguë*.

Cette confusion s'explique facilement si l'on considère que la forme apyrétique, quand elle se prolonge, est très-difficile à distinguer de l'épilepsie et qu'elle se transforme quelquefois en cette maladie.

Des convulsions tout à fait analogues à celles de l'éclampsie se développent comme affections symptomatiques dans un grand nombre de maladies : méningite de la première enfance; encéphalite circonscrite du cerveau; paralysie générale; démence; empoisonnement par le plomb, l'æthusa, le coriaria, etc., et enfin, dans toutes les maladies caractérisées par la présence de l'albumine dans l'urine et dans lesquelles on observe les rétentions de l'urée dans le sang. Peut-être sera-t-il démontré, un jour, que l'*éclampsie essentielle*, c'est-à-dire celle qui survient pendant la dentition et la grossesse, tient à une modification de l'organisme très-analogue à l'albuminurie.

Nous devons donc nous demander s'il existe véritablement une *éclampsie essentielle* et si les convulsions des enfants en *dentition* et celles des *femmes enceintes*, ne seront pas rattachées un jour à un état de l'organisme semblable à celui qui est caractérisé par la présence de l'albumine dans les urines et l'absence d'urée? Peut-être tous ces accidents convulsifs pourront être rapportés un jour à une seule cause pathologique.

Aujourd'hui l'explication qui a prévalu est celle qui rend compte des accidents convulsifs et comateux de l'éclampsie par la rétention dans le sang de l'urée en nature, *urémie* ; ou de ce sel décomposé en carbonate d'ammoniaque, *ammoniémie.* Cette explication n'est encore qu'une hypothèse, et l'auteur de l'article éclampsie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* a établi que des analyses exactes démontraient plutôt une diminution qu'une augmentation de l'urée et de l'ammoniaque dans le sang.

Les expérimentations faites sur les animaux ont prouvé de plus que l'injection d'urée et du carbonate d'ammoniaque dans les veines ne produisait pas d'éclampsie.

Division. — L'éclampsie présente deux formes : la *forme commune* et la *forme apyrétique.*

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par un mouvement fébrile fort intense qui précède et accompagne les convulsions; elle présente deux *variétés :* éclampsie des *enfants*; éclampsie des *femmes* pendant l'*état puerpéral.*

1° Eclampsie des enfants. — Un enfant en travail de dentition est pris de malaise, de céphalalgie et de vomissements; presque aussitôt la fièvre s'établit, caractérisée par une chaleur considérable, un pouls très-fréquent et *vibrant.* Après quelques heures de ce mouvement fébrile, les convulsions éclatent, précédées quelquefois d'un cri initial : le regard devient fixe; la face rougit, les yeux et la bouche sont pris de convulsions cloniques, les membres sont le siége de mouvements violents et alternatifs de flexion et d'extension entremê-

lés de pronation exagérée. Les *convulsions cloniques* interviennent irrégulièrement; elles immobilisent la face dans une contraction horrible; fixent l'œil dans le strabisme; entraînent la tête dans la flexion ou la rotation; maintiennent dans une extension forcée les membres inférieurs; dans la flexion, mais surtout dans la pronation exagérée, les membres supérieurs, la main fermée, le pouce incarcéré dans la paume de la main. En même temps, les muscles du tronc sont pris des mêmes désordres : les convulsions cloniques produisent la respiration précipitée, l'écume à la bouche; les convulsions toniques immobilisent le thorax, ferment spasmodiquement la glotte, produisent l'asphyxie commençante et la turgescence de la face. Les convulsions toniques, les spasmes, dominent toujours sur les muscles respirateurs. Le grand caractère des convulsions éclamptiques, c'est d'être beaucoup plus prononcées d'un côté du corps, ce sont des *hémi-convulsions.*

Pendant l'accès convulsif, le pouls s'accélère de plus en plus, devient très-petit, et finit par disparaître. La respiration est pénible, suspirieuse, accompagnée de plaintes saccadées pendant l'expiration.

Les pupilles se dilatent, comme dans l'épilepsie, au début de l'accès; elles se contractent ensuite et restent contractées tout le temps de sa durée; mais, si les symptômes asphyxiques sont très-prononcés, elles se dilatent.

Après l'accès convulsif, le malade tombe dans le *coma.* Le pouls est encore agité, la respiration plaintive; de loin en loin quelques mouvements convulsifs isolés, dans un muscle de la face ou des membres; grande agitation; quelquefois hallucination effrayante et délire.

Le plus souvent, la maladie est constituée par un accès; l'esprit s'éveille peu à peu, le pouls tombe, la peau devient fraîche et tout est fini. D'autres fois, la connaissance revient complètement, mais le mouvement fébrile continue et le malade a un second et même un troisième accès, à quelques heures de distance.

A un degré plus élevé, les accès se succèdent à intervalles très-courts, recommençant toujours par la fixité du regard et

les convulsions des muscles de la face. L'attaque est alors constituée de la manière suivante : convulsions, coma, retour de la connaissance, puis retour de la convulsion. Les accès sont *subintrants*.

Dans un degré encore plus élevé, les malades ne reprennent pas connaissance dans l'intervalle des accès ; il y a succession continue de convulsions et de coma ; c'est l'*état de mal* éclamptique. Quelquefois, dans l'intervalle des grandes convulsions, on voit apparaître des accès incomplets, de *petites convulsions*.

La *durée* de la maladie est de quelques heures à quelques jours, en comptant depuis le début de la fièvre. La durée de l'accès convulsif varie de cinq minutes à une demi-heure.

La *terminaison* est presque toujours heureuse ; quelquefois il reste une hémiplégie habituellement passagère ; mais cependant persistante, dans quelques cas rares ; plus rarement encore, les facultés intellectuelles restent diminuées.

La *mort* arrive par asphyxie lente, par suffocation quand il y a spasme de la glotte ; par syncope. Très-rarement une hémorrhagie méningée amène la mort par compression cérébrale.

2e Eclampsie des femmes en état puerpéral. — Elle diffère de celle que nous venons de décrire par une plus grande intensité et par la rapidité du début. Cette variété es habituellement annoncée par des prodromes extrêmement importants et que les médecins ne doivent pas perdre de vue. La céphalalgie, le trouble de la vision, l'angoisse épigastrique et un certain degré de dyspnée.

L'affaiblissement de la vue est, de tous ces signes, le plus important, et il annonce presque à coup sûr une attaque d'éclampsie. Souvent un vomissement annonce le début de la maladie.

L'*état de mal* est habituel dans l'éclampsie puerpérale. Cette variété est extrêmement grave ; elle se termine fréquemment par la mort. Le professeur Imbert-Gourbeyre a démontré que l'éclampsie puerpuérale était toujours liée à l'existence d'une néphrite parenchymateuse.

II. Forme apyrétique. — Cette forme est caractérisée par

le retour à période irrégulière d'accès d'éclampsie; par l'absence de fièvre; par une durée relativement longue, qui atteint souvent deux et trois semaines, et exceptionnellement plusieurs mois.

Le plus souvent, le même sujet présente, pendant le cours de la maladie, plusieurs variétés d'accès : *grandes convulsions*, *petites convulsions* et *accès incomplets*.

Les *grandes convulsions* ressemblent à celles que nous avons décrites dans la forme commune, seulement elles ne s'accompagnent point de fièvre.

Les *petites convulsions* sont bornées à un membre, le plus souvent à la face, mais toujours il a spasme de la glotte; d'où teinte violacée des lèvres et quelquefois écume à la bouche. Dans un degré même avancé, la connaissance est conservée; enfin, quelquefois tout se borne à quelques tressaillements convulsifs dans un membre.

Les accès avec conservation de la connaissance prennent le nom d'*accès incomplets*.

Cette forme d'éclampsie est compatible avec les apparences de la santé; elle se transforme quelquefois par degrés insensibles en véritable épilepsie.

Anatomie pathologique. — On trouve les signes de la mort par asphyxie lente ou par suffocation. Les lésions propres à l'éclampsie ne sont pas encore bien déterminées. La physiologie expérimentale indiquerait une lésion de la *moelle allongée*; congestion ou anémie. Le plus souvent on rencontre une forte congestion des membranes et de la face convexe des hémisphères; avec œdème du cerveau, quelquefois une hémorrhagie arachnoïdienne. Cette hémorrhagie constitue un kyste siégeant le plus souvent au niveau de la face pariétale; ce kyste, plus ou moins adhérent au feuillet pariétal de l'arachnoïde, peut toujours en être séparé (Ozanam) en laissant la séreuse, ou plutôt la couche épithéliale qui la remplace, parfaitement intacte. Le sang de ce kyste subit les transformations habituelles, remplacé d'abord par de la sérosité, il est résorbé complétement après un temps variable.

Etiologie. — Les enfants d'une même famille sont sujets aux convulsions. Les mères hystériques ont souvent des enfants atteints d'éclampsie.

L'éclampsie survient surtout pendant la première dentition, rarement pendant la seconde. Les filles y sont plus exposées que les garçons.

L'éclampsie puerpérale se manifeste pendant l'accouchement, mais elle peut éclater dans tout le cours de la grossesse. J'en ai observé un cas, suivi de mort, pendant le premier mois.

L'insolation, les émotions morales, même celles de la nourrice, les indigestions surtout, sont des causes occasionnelles puissantes de l'éclampsie.

Traitement. — *Prophylaxie.* La prophylaxie consiste à éviter les causes prédisposantes et les causes occasionnelles.

Parmi les causes prédisposantes, les seules sur lesquelles nous ayons quelque action sont le choix de la nourrice et le sevrage. On devra rejeter avec soin les nourrices qui présentent quelques symptômes d'hystérie, celles qui ont été sujettes à la chorée ou qui présentent actuellement des tics ou des signes évidents d'une névrose quelconque.

Le sevrage prématuré a aussi sur la production de l'éclampsie une influence fâcheuse, soit par la cessation de l'alimentation naturelle à cet âge, soit parce qu'il conduit à donner aux enfants en bas âge une nourriture trop forte, qui devient l'occasion d'indigestions fréquentes.

Il est peu de maladies dans lesquelles les causes occasionnelles jouent un rôle aussi important que dans l'éclampsie. Les enfants et les femmes en état de grossesse et de parturition devront donc être entourés de toutes sortes de précautions, afin de leur éviter l'action de ces causes. Ces précautions devront, pour l'enfant, s'étendre jusque sur la nourrice, puisqu'elle peut, par l'intermédiaire de son lait, communiquer à son nourrisson l'influence des causes de l'éclampsie. On doit se rappeler que, pour les enfants surtout, les causes occasionnelles principales sont les indigestions et les douleurs. L'inso-

lation et les émotions morales sont des causes communes aux femmes grosses et aux enfants.

Comme médication prophylactique, nous conseillons pour les enfant l'usage fréquent des bains tièdes, la liberté du ventre et l'usage de la chamomille à la 6e dilution.

Pour les femmes enceintes, les bains ont aussi une certaine influence préservatrice. On doit y joindre un exercice modéré; un régime qui exclut les excitants, le café et principalement le vin; il faut éviter la constipation. La belladone à dose homœopathique remplace ici la chamomille.

Le *régime lacté* est le meilleur traitement prophylactique de l'*éclampsie puerpérale* et *urémique*, quand l'albumine et l'œdème permettent de prévoir les convulsions, la femme doit être mise à l'usage exclusif du lait jusqu'à la disparition de l'albumine.

Traitement de la forme commune.— Période de prodromes.— Les médicaments principaux sont : *aconitum*, *chamomilla*, *belladona*, *ipeca*, *æthusa*, *ignatia*, *cina*.

Accès convulsifs isolés. — Belladona, hyosciamus, stramonium, æthusa, ignatia, cina.

Convulsions continues ou *état du mal éclamptique.* — Les précédents et, de plus, le *chloroforme*, la *compression des carotides.*

Coma trop prolongé, — *Opium* et *zincum;* quelquefois les révulsifs prompts et énergiques, comme le marteau de Mayor.

Traitement de la forme apyrétique. — Accès complet. — Les mêmes que précédemment, de plus *calcarea carbonica*, *cuprum*, *mercurius*, *stannum*, *tarentula.* Accès incomplet, c'est-à-dire convulsions partielles avec conservation de la connaissance. — *Cina*, *platina*, *stramonium.*

Aconitum est indiqué avant les convulsions contre le mouvement fébrile avec forte chaleur. Pouls grand et fréquent; forte soif et agitation.

Belladona, *hyosciamus*, *stramonium* et *æthusa* conviennent pendant les prodromes fébriles, contre les accès isolés et pendant

l'état de mal. Ils répondent à l'insolation comme cause occasionnelle, aux hallucinations effrayantes et à la dilatation des pupilles comme symptômes accessoires, aux convulsions épileptiformes avec perte de connaissance.

Belladona convient mieux si la face est très-rouge et si les carotides battent fortement.

Hyoseiamus est indiqué par une salivation abondante, par les convulsions qui changent de côté, par les secousses isolées dans les membres pendant l'intervalle des attaques, par l'état de mal avec pâleur de la face.

Stramonium est indiqué par la prédominance des convulsions toniques, la difficulté de la parole et de la déglutition ; une chaleur ardente, un pouls petit, vite, fréquent et irrégulier ; une soif qui fait boire beaucoup à la fois.

Ces trois médicaments sont encore indiqués lorsque les convulsions sont rappelées par un simple attouchement, par la vue d'un objet brillant, par l'action de boire. C'est surtout *hyosciamus* qui est indiqué dans les convulsions rappelées par l'action de boire, et c'est *stramonium* qui convient le mieux quand les convulsions sont excitées par un simple attouchement. Ce caractère des convulsions du *stramonium* joint à la prédominance des spasmes toniques rapproche beaucoup ce médicament de l'*ignatia*, dont il sera question un peu plus loin.

Æthusa cynapium est indiqué par une face bouffie et marbrée de rouge, par le ballonnement du ventre, un pouls petit, dur et fréquent, *la peau conservant sa température naturelle*. Les convulsions de l'*æthusa* diffèrent de celles produites par les solanées, parce qu'elles ne semblent pas être provoquées par le contact, la vue des objets brillants, et l'action de boire ; mais ce point de la pathogénésie de l'*æthusa* est encore douteux.

La *coriaria myrtifolia*, qui est encore très-peu étudiée, doit être rapprochée de l'*æthusa cynapium ;* elle serait indiquée principalement dans l'état de mal éclamptique avec prédominance des spasmes toniques ; par une sorte de tétanos, mais avec perte de connaissance.

Le *chloroforme* se rapproche beaucoup des médicaments pré-

cédents. Il convient seulement dans l'état de mal et est indiqué par un pouls très-fréquent, très-petit ou insensible.

Chamomilla est indiqué surtout pendant la dentition et à la suite d'une colère. C'est un médicament des prodromes et des convulsions isolées, les joues pâles, ou une joue rouge et l'autre pâle ; la diarrhée semblable à des œufs brouillés caractérise son action.

Ignatia répond aux suites d'un chagrin. Les convulsions sont surtout toniques avec beaucoup de tremblement. Le spasme de la glotte est très-prononcé. Elles sont excitées par l'attouchement, le changement de position, le bruit, la surprise; elles s'accompagnent d'accès fréquents de chaleur et de rougeur de la face.

Ipeca convient à la suite d'indigestion, au début de la maladie surtout, lorsque la peau reste froide.

Opium, à la suite d'une peur; mais surtout contre le coma prolongé, avec facies rouge, tuméfié, respiration stertoreuse, apparence apoplectique ; il convient surtout chez les femmes en couche.

Zincum dans les mêmes cas, mais plutôt chez les enfants et si le coma est interrompu par des cris aigus (Jahr).

Plumbum, encore mal étudié, nous semblerait convenir dans cette période comateuse.

Calcarea convient davantage dans la *forme apyrétique* causée par une dentition laborieuse et retardée; les accès surviennent surtout la nuit et ressemblent à ceux de l'épilepsie.

Mercurius convient dans la forme apyrétique. Il est indiqué par une diarrhée verdâtre, le ballonnement du ventre, le prurit du nez. La clinique de Trousseau contient un cas remarquable de guérison par *calomelas* à dose excessivement faible.

Cina, *platina*, *stramonium* et *tarentula* conviennent aux *accès incomplets*. Le premier est surtout indiqué par les convulsions partielles de la face, par les symptômes vermineux, par la toux convulsive, la colique avec diarrhée.

Platina répond à des convulsions plus étendues avec prédominance du trismus et de spasmes toniques, pâleur après

l'accès, conservation de la connaissance pendant les convulsions.

Stannum, dans des cas analogues, mais avec rougeur de la face et chaleur brûlante de la peau. *Tarentula*, tremblement ; mouvements choréiformes.

Ces médicaments doivent être administrés à dilution moyenne 3 à 12, dissous dans l'eau, par cuillerée, tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, ou à des intervalles plus éloignés, suivant l'intensité des accidents.

Le *chloroforme* sera administré par inhalation, de la manière suivante. Un flacon débouché est maintenu sous les narines pendant quelques inspirations, puis éloigné et rapproché de nouveau. L'effet produit par l'inhalation sert de guide pour sa durée ; si les convulsions sont diminuées ou augmentées, on doit interrompre un instant ; si elles ne sont pas modifiées, on doit élever la dose, c'est-à-dire la durée de l'inhalation. On suspend le chloroforme quand l'accès est passé. On y renonce s'il est sans effets sur les convulsions.

Je dois à ce moyen des succès très-nombreux.

La *compression des carotides* se fait du côté opposé à celui où prédominent les convulsions ; ce moyen ne doit pas être prolongé au delà d'une minute. On peut y revenir souvent, mais il faut y renoncer s'il ne suspend pas les convulsions.

L'affusion froide sera donnée doucement sur la tête, le reste du corps étant plongé dans un bain tiède. Quelques médecins donnent une affusion froide sur tout le corps. On pourrait tenter ce moyen quand il y a encore les chances d'une bonne réaction et que l'*état convulsif* résiste aux autres moyens. Le marteau de Mayor doit être appliqué dans l'état de coma prolongé avec asphyxie croissante, quand l'hydrothérapie n'est plus praticable et que les médicaments sont restés sans effet.

L'éclampsie développée à la fin de la grossesse présente une indication particulière : l'accouchement prématuré et la délivrance rapide.

L'incision des gencives pourra être tentée quand la douleur causée par une dent près de sortir sera la cause de l'éclampsie.

. La chambre des malades doit être aérée, la température fraîche. La boisson se compose d'eau fraîche, les vêtements et les maillots doivent être complètement relâchés ; les malades sont tenus à une diète absolue tant que l'état convulsif persiste. Dans la forme prolongée, qui peut durer plusieurs semaines, il faut se contenter d'une alimentation légère.

CHAPITRE II

TÉTANOS

Définition. — Le tétanos est une névrose caractérisée par la contracture permanente des muscles de la face et du tronc.

Le siége de la contracture qui n'occupe jamais *primitivement* les extrémités, et sa permanence, distinguent le tétanos de la contracture essentielle.

Division. — Le tétanos peut être *spontané* ou *traumatique*. Le tétanos des *nouveau-nés* est dû à la ligature du cordon et rentre dans le tétanos traumatique. Comme le tétanos traumatique ne diffère du tétanos spontané que par une plus grande gravité, nous ne décrirons que le premier qui est de beaucoup le plus fréquent; il présente deux formes : la forme *bénigne* et la forme *commune*.

I. Forme commune. — *Prodromes.* — La maladie s'annonce souvent par une inquiétude vague, de l'insomnie, avec des douleurs de tête accompagnées de vomissements. Le malade éprouve des bâillements spasmodiques et quelquefois un petit mouvement fébrile. En même temps la plaie se sèche, devient enflammée et douloureuse.

Début. — Le début est marqué par la contraction des muscles de la nuque et de la mâchoire (trismus). Le cou devient roide, douloureux, un peu renversé en arrière ; les mâchoires s'écartent difficilement ; les masséters sont durs et font relief. Le tétanos est déclaré et va arriver promptement à sa *période d'état*.

Période d'état. — Le plus souvent ce sont les muscles de la partie postérieure du tronc et ceux de la face qui sont le siége de la maladie. Le malade est roide, renversé en arrière, les traits de la face contractés. De tèmps en temps surviennent des paroxysmes : la contracture augmente considérablement et s'accompagne de douleurs atroces, semblables à celles de la crampe. Pendant ces paroxysmes le tronc se renverse fortement en arrière; le corps ne repose plus que sur les talons et sur l'occiput ; les yeux sont immobiles, largement ouverts ; la bouche agrandie ; les lèvres, écartées, laissent à découvert les dents fortement serrées ; la contraction des muscles respiratoires immobilise le thorax et ajoute à toutes ces douleurs les angoisses de l'asphyxie. Le sommeil est impossible; la contraction des masséters et souvent celle du pharynx empêchent la déglutition ; de sorte que le malade est tourmenté par la faim et surtout par la soif. Ces paroxysmes sont d'autant plus longs et d'autant plus fréquents que la maladie est plus grave. Une émotion, un mouvement spontané ou communiqué, un effort de déglutition, un simple attouchement, un bruit un peu fort, suffisent pour amener un paroxysme. Quand la contraction n'est pas permanente et qu'elle alterne avec le relâchement musculaire, le pronostic est moins grave.

La contraction ne prédomine pas toujours sur les muscles extenseurs du tronc ; de là plusieurs variétés de tétanos. Celle que nous venons de décrire a reçu le nom d'*opisthotonos ;* quand la contraction siége sur les muscles fléchisseurs et tend à courber le corps en avant, c'est l'*emprosthotonos;* le *pleurosthotonos* est la variété dans laquelle le contracture prédomine d'un côté du corps. Enfin quelquefois les extenseurs et les fléchisseurs sont atteints également, et le corps est roide comme une planche, sans inclinaison bien sensible.

Cette maladie parcourt habituellement toutes ses périodes sans fièvre et sans phénomènes cérébraux. Le pouls s'accélère pendant les paroxysmes, et dans leur intervalle il est ralenti.

Marche. — Durée. — Terminaison. — La marche de la maladie est aiguë ; sa durée courte ; sa terminaison habituelle est la

mort (236 sur 246, Valleix). Hippocrate disait que la mort arrivait toujours avant le quatrième jour. Elle peut avoir lieu en douze heures ou après deux septénaires; mais presque toujours avant le dixième jour. Elle est beaucoup plus rapide chez le nouveau-né. Elle a lieu de deux manières : le plus souvent le rapprochement et la longueur des paroxysmes déterminent l'*asphyxie*, et quelquefois une *suffocation* immédiate; dans quelques cas rares la maladie se prolonge et la mort a lieu autant par épuisement que par asphyxie. Si la maladie doit guérir, les paroxysmes s'éloignent, la déglutition se rétablit, le sommeil revient, puis les contractures disparaissent peu à peu, laissant quelquefois comme phénomène consécutif des rétractions musculaires.

II. Forme bénigne. — Giraldès (1) admet une *forme bénigne* qu'il appelle *chronique* parce qu'elle dure plus longtemps et qu'elle tue seulement après le huitième jour. Cette forme est susceptible de guérir; elle explique le succès des médications les plus diverses; elle ne s'accompagne pas de fréquence du pouls comme la *forme aiguë* qui se termine par la mort en 4 ou 5 jours, 200 morts sur 200 cas (O'Brein).

Anatomie pathologique. — Quelques médecins ont trouvé à l'autopsie l'inflammation du névrilème des nerfs venant de la plaie, inflammation propagée jusqu'aux enveloppes de la moelle; mais cette lésion n'est pas constante.

La lésion principale occupe le bulbe, les pédoncules cérébelleux et cérébraux; elle s'étend plus ou moins à la moelle épinière. Indépendamment de la congestion et de la dilatation variqueuse des vaisseaux, on observe des exsudats formés par des granulations nombreuses, nucléaires; parfois même une destruction complète de la substance grise, il y a prolifération du tissu connectif; les tubes nerveux sont comprimés ou détruits.

Etiologie. — Ce sont surtout les plaies par piqûre, déchirure et écrasement des extrémités qui donnent lieu au tétanos; les

(1) Giraldès. *Mouv. méd.*, n° 47, 1868.

plaies par armes à feu quand elles sont compliquées d'esquilles et de corps étrangers ; les ligatures du cordon sont encore dans ce cas. La maladie peut débuter presque immédiatement après la blessure, quand celle-ci est très-douloureuse. L'observation donne trois heures et trois semaines après la plaie comme époque extrême du développement du tétanos. Cette maladie est plus fréquente dans le sexe masculin, chez les hommes vigoureux, dans les pays intertropicaux, en été, et sur la race nègre.

Les causes occasionnelles sont les nuits très-froides après des journées chaudes, les émotions morales, les indigestions, les excès alcooliques.

Traitement. — *Prophylaxie.* Panser les plaies de manière à combattre la douleur et l'inflammation; débrider à propos, retirer les esquilles et les corps étrangers, éviter aux blessés les émotions, les fatigues et surtout le froid.

Les médicaments principaux sont : *angustura spuria*, *nux vomica*, *opium* et *belladona*.

Angustura et *nux vomica* correspondent aux contractures permanentes des muscles de la face et du tronc, avec paroxysmes, secousses comme électriques, au moindre mouvement et même par le simple attouchement. Ces deux médicaments présentent donc, l'*angustura* surtout, l'image parfaite du tétanos. Ils seront administrés en première ligne, de la 3e à la 12e dilution, une cuillerée toutes les deux heures. La clinique de Roth contient une observation de tétanos traumatique chez un nègre, guéri par *angustura*.

Opium est aussi un médicament tétanique, l'allopathie a obtenu des guérisons par des doses énormes (5 grammes et plus en douze heures). Quand l'opium sera indiqué par la coloration de la face et la somnolence, on pourra l'employer aux mêmes doses que la noix vomique. Enfin il existe quelques cas de guérison par *belladona*. Ce dernier médicament est surtout indiqué au début par le trismus et la contracture des muscles de la nuque. *Stramonium* est indiqué dans les mêmes circon-

stances; ce médicament contient bien plus de symptômes tétaniques que la *belladone*.

Acide hydrocyanique. — Hempel cite plusieurs cas de tétanos guéris par l'acide hydrocyanique, et le Dr George Moore a publié (1) un cas remarquable de la forme traumatique de la maladie, dans lequel l'acide de Scheele, donné en gouttes, amena une cure complète.

On trouve dans la pathogénésie de ce médicament : trismus, opisthotonos et pleuros thotonos; faiblesse excessive de la respiration; respiration stertoreuse, suspendue par de longs intervalles.

Les expériences avec le *curare* sont encore trop récentes et trop contradictoires pour qu'on puisse prescrire ce médicament avec sécurité. Les inhalations de *chloroforme* constituent seulement un moyen palliatif.

Le *chloral* à hautes doses et les injections de chloral dans les veines comptent quelques succès.

Les *grands bains tièdes* soulagent les malades.

Quand le tétanos se prolonge, il faut tâcher d'alimenter les malades; la sonde œsophagienne est souvent nécessaire. Il faut entourer le malade du plus grand calme possible.

CHAPITRE III

CONTRACTURE ESSENTIELLE

Cette maladie qui n'a été nettement séparée des états analogues que de nos jours, a été décrite sous les noms de *tétanos intermittent*, *contractures des extrémités*, *contractures rhumatismales*, *contractures des nourrices*, *tétanie*.

Définition. — C'est une névrose caractérisée par des contractures revenant par accès irréguliers et envahissant symétriquement les extrémités.

(1) British Journal of Homœopathy.

Des contractures très-analogues peuvent se manifester comme symptômes d'affections cérébrales, ou apparaître dans le cours de l'*éclampsie* et du *spasme de la glotte*.

Division. — Cette maladie se présente sous trois formes ; *forme commune*, *forme grave* ou *tétanique*, *forme fixe*.

I. Forme commune. — C'est celle qui s'observe le plus fréquemment et qui répond à la définition que nous avons donnée de la maladie. Les contractures siégent au extrémités et n'atteignent qu'exceptionnellement et très-passagèrement les muscles du tronc.

La maladie débute par des fourmillements dans les extrémités. La face devient rouge, puis l'accès de contracture se déclare, et présente plusieurs variétés suivant les muscles envahis. Quelquefois les doigts et le pouce sont fortement fléchis dans le creux de la main et la main sur l'avant-bras ; d'autres fois les doigts sont fléchis seulement dans l'articulation métacarpo-phalangienne, les doigts restant allongés; fréquemment les phalanges sont allongées, rapprochées fortement, la main affecte la forme de celle de l'accoucheur; presque toujours, chez les enfants, les doigts sont roides, écartés les uns des autres, et présentent l'aspect d'une botte de panais. Quand la maladie atteint les membres inférieurs, les orteils sont fléchis, mais le pied, la jambe et la cuisse, sont dans l'extension. Pendant l'accès, les muscles sont durs et douloureux, la peau rougit, il se produit des craquements tendineux et on observe quelquefois un peu d'œdème. Après un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, le sentiment d'engourdissement reparaît, la contraction cesse, et l'accès est passé. Quelquefois apparaissent comme phénomènes très-fugitifs : du strabisme, des convulsions et des tremblements des paupières.

Ces accès se répètent plusieurs fois par jour pendant toute la durée de la maladie ; durée qui varie de quarante-huit heures à deux mois. La maladie se termine presque toujours par une guérison complète ; cependant Trousseau cite un cas de mort ;

quelquefois la maladie se localise dans certains muscles et se termine par une rétraction musculaire.

II. Forme tétanique. — Elle débute comme la précédente ; mais elle envahit rapidement les muscles du tronc et produit, le plus souvent, l'*opisthotonos*. Quelquefois elle atteint les muscles de la mâchoire, détermine le *trismus* et ne se distingue plus du tétanos que par son début sur les extrémités. Cette forme, dans laquelle les contractions musculaires sont très-douloureuses, est beaucoup plus grave que les deux autres, elle peut déterminer l'asphyxie par la contraction des muscles de la respiration. Néanmoins, elle n'est pas aussi grave que le tétanos essentiel.

III. Forme mono-musculaire. — Dans cette forme la contracture est limitée à un seul muscle ou à un très-petit nombre de muscles synergiques ; au cou, elle produit le *torticolis intermittent ;* au tronc elle produit la rétraction du bassin et simule la *coxalgie*. Aux pieds, elle produit un *pied bot*. Cette forme a de la tendance à passer à l'état chronique et à se terminer par la *rétraction musculaire*. C'est cette forme qui, survenant pendant la vie intra-utérine, produit les *pieds bots*. Elle joue un rôle très-important dans certaines déviations de la taille. Je l'ai observée sous forme de contraction d'une durée très-courte, mais revenant pendant des années à la suite d'un allaitement prolongé, sans aucune tendance à la *rétraction musculaire*.

Etiologie. — Cette maladie est presque spéciale à la première enfance; c'est une maladie de la première dentition. Comme l'éclampsie et la chorée, elle atteint les femmes grosses et nourrices. Elle succède aux maladies épuisantes, à la diarrhée par exemple; elle est plus fréquente chez les *garçons ;* dans l'âge adulte, c'est le contraire à cause de l'influence de la grossesse. On a remarqué que la maladie atteignait quelquefois plusieurs enfants dans la même famille. Elle peut être épidémique.

L'*indigestion* est une *cause occasionnelle* fréquente ; les *émotions morales*, la pression des membres, des vaisseaux, ou des nerfs renouvellent les accès.

Traitement. — *Prophylaxie.* — Dans la première enfance : nourriture appropriée ; soins hygiéniques convenables. Chez les nourrices, diminuer ou suspendre l'allaitement; régime reconstituant.

Le *solanum nigrum* est le médicament principal ; il correspond aux fourmillements dans les extrémités, aux contorsions, aux contractures des mains; aux crampes dans les mollets; aux pieds tournés en dedans.

Mercurius convient ensuite et répond aux contractions des doigts et des mains.

Graphites. Crampes dans les mains, roideur et distorsion des doigts; gonflement et distorsion des orteils; *angustura spuria*, *cuprum*, *hydroscyani acidum* et *cannabis*, présentent aussi des phénomènes de contractures dans les extrémités. La clinique homœopathique fournit peu de renseignements sur les doses et le mode d'administration de ces médicaments. Dans la *forme tétanique*, *angustura spuria*, *nux vomica* et *opium* sont principalement indiqués (voir le traitement du tétanos).

Le chloroforme est quelquefois nécessaire pour calmer les douleurs; il agit, du reste, favorablement sur la maladie ; l'électricité ne trouve son emploi que dans la *forme mono-musculaire.* Elle augmente d'abord la contracture, puis la fait cesser pour un temps. Il faut lutter par des appareils contentifs, par des extensions forcées, le malade étant préalablement chloroformé; par des opérations chirurgicales et par l'électricité contre les *rétractions permanentes.*

CHAPITRE IV

CHORÉE

La Chorée est une maladie esssentielle, caractérisée par des contractions involontaires, désordonnées, non rhythmées, s'aggravant à propos de chaque mouvement volontaire, et accompagnée d'un affaiblissement proportionnel de la contractilité musculaire.

Ce mélange de mouvements volontaires et involontaires caractérise la chorée et la distingue de la convulsion, qui est caractérisée par des mouvements assez réguliers d'extension et de flexion alternatifs, et qui supprime tout mouvement volontaire ; de l'ataxie locomotrice, qui ne présente ni paralysie de la contractilité, ni mouvement désordonné aussi étendu ; de la *chorée rhythmique*, caractérisée par une convulsion clonique très-limitée et très-régulière; c'est-à-dire par un mouvement de flexion et d'extension alternatif, et non par des mouvements désordonnés.

Division. — La chorée essentielle se présente sous deux formes : *forme commune* et *forme grave*.

Un trouble des mouvements très-analogue à la chorée survient quelquefois à titre d'affection symptomatique dans l'hystérie, dans la folie et dans le rhumatisme articulaire.

I. Forme commune.— C'est elle qui a servi de type à la description de la maladie, c'est la chorée de Sydenham.

Prodromes — La mobilité du caractère, une certaine irritabilité, joint à un grand besoin de mouvement qui empêche les enfants de rester en place, sont les symptômes précurseurs les plus contants de la chorée.

Début.— La maladie débute habituellement par la face, quelquefois par les mains. Quand le malade veut parler ou quand on fixe son attention, sa figure grimace. Quelques jours après, il devient maladroit, et accompagne le moindre mouvement de gesticulations bizarres. La chorée est d'abord plus marquée d'un côté que de l'autre ; il y a *hémichorée*, et les malades traînent une jambe en marchant.

Période d'état. — La maladie arrive bientôt à sa *période d'état* et présente le tableau suivant : la généralité des muscles est envahie ; les malades ont un air stupide et niais ; ils font des grimaces continuelles. Les mouvements volontaires sont tellement troublés par les contractions pathologiques qu'ils ne peuvent

plus se servir de leurs membres; les mouvements sont brusques, saccadés, disproportionnés avec le but à atteindre, et toujours trop étendus. Si le malade veut boire, il saisit fortement son verre; puis, après l'avoir violemment porté dans les directions les plus diverses, tantôt il en jette le contenu au loin, d'autres fois, il s'en inonde la figure, et, s'il parvient à le porter à sa bouche, c'est par un mouvement violent et irrégulier, dans lequel il réussit plus souvent à se blesser qu'à satisfaire sa soif. La démarche est toute particulière; le malade avance par un mouvement saccadé et irrégulier, qui a quelque chose de la *boiterie*, et qu'un préjugé enraciné, créé par le mot *danse de Saint-Guy*, a seul pu faire comparer à une danse. Il n'y a rien de régulier, de cadencé, ni de rhythmique dans la démarche chancelante du malheureux choréique. Les muscles de la langue, du pharynx et du larynx sent envahis dans cette période de la maladie, et produisent un trouble notable dans la déglutition et dans la phonation.

Le désordre des mouvements prédomine tantôt dans un membre, tantôt dans un autre; il s'aggrave par toutes les émotions, et à l'occasion des mouvements volontaires; ils disparaissent complètement pendant le sommeil, ce qui est un signe diagnostique important.

Pendant cette période, le caractère est habituellement irrascible, les malades sont enclins à la tristesse et à la peur; quelques-uns sont d'une gaieté extravagante; il y a une diminution constante de la mémoire et de l'attention. Les hallucinations signalées par quelques médecins n'existent que chez les hystériques. La voix et l'ouïe sont souvent affaiblies; la face alternativement rouge et pâle; la pupille dilatée. Il y a de la céphalalgie, quelquefois de l'anorexie, d'autres fois de le boulimie; le sommeil persiste et les malades éprouvent très-peu de fatigues de leurs mouvements désordonnés; il n'y a pas de fièvre mais, quand les mouvements sont très-répétés, un peu de chaleur à la peau et de fréquence de pouls; il existe souvent des douleurs vagues dans les membres, qu'il ne faut pas prendre pour des rhumatismes.

Terminaisons.— La maladie se termine habituellement par la guérison, après une *durée* de six à huit semaines. Les symptômes décroissent graduellement, en ordre inverse de leur apparition, la régularité des mouvements revenant d'abord aux membres inférieurs.

La maladie peut passer à l'*état chronique*, et, après quelques années, elle devient tout à fait incurable. Dans ce cas, l'intelligence reste quelquefois amoindrie.

Quelquefois la maladie laisse comme symptômes consécutifs des *tics ;* plus rarement une hémiplégie ou une diminution notable de l'intelligence.

Récidive. — Dans cette maladie, les *récidives* sont fréquentes. Habituellement les attaques vont en diminuant, cependant c'est quelquefois le contraire.

II. Forme grave. — Elle est caractérisée par une marche plus rapide; par des mouvements choréiques continuels, en dehors de tout mouvement volontaire ; par une excessive gravité.

Elle débute comme la forme commune, mais la fréquence des mouvements involontaires augmente rapidement : ils se généralisent et deviennent si intenses que la station et le sommeil deviennent impossibles.

Les malades, en proie à des mouvements continuels, se heurtent les membres et sont souvent jetés hors de leur lit. La peau, irritée par des frottements incessants, rougit et s'ulcère. La déglutition presque impossible, l'absence de sommeil, jettent le malade dans un état de dépérissement considérable ; aussi, après une durée de deux ou trois semaines, si un traitement convenable ne vient pas arrêter la maladie, une fièvre intense survient et la mort arrive par un des mécanismes suivants :

Tout à coup les symptômes s'aggravent considérablement, la fièvre est très-violente; les malades sont pris d'un délire continuel et ils succombent avec les symptômes de la *méningite.* D'autres fois, ce sont des *convulsions générales* ou le *tétanos* qui surviennent dans les derniers jours de la maladie. Quand la terminaison est aussi violente, la *durée* totale de la maladie ne dépasse pas deux ou trois semaines.

D'autres malades succombent plus lentement: ils meurent épuisés par la fièvre, par les eschares et par de vastes suppurations. Cette fièvre ultime, qui s'accompagne souvent de diarrhée, a été comparée par Trousseau à la fièvre des brûlures générales.

Anatomie pathologique.— Des autopsies, faites avec le plus grand soin, n'ont permis de constater aucune lésion spéciale à la chorée. La suspension des mouvements pendant le sommeil, inclinerait à penser que la moelle épinière n'est pas le siége des mouvements choréiques ; l'intégrité des fonctions intellectuelles prouve que les circonvolutions ne sont pas atteintes. La pathogénésie de cette maladie est donc complètement à faire.

Étiologie. — La chorée est une maladie de la seconde enfance et qui ne survient que très-exceptionnellement à un autre âge. Cependant, les femmes enceintes et les nourrices sont quelquefois affectées de chorée. L'*état puerpéral* rapproche la femme de l'enfant pour la chorée comme pour l'éclampsie. Le *sexe féminin* présente trois fois plus de cas que l'autre (374 filles sur 132 garçons, Roth). L'hérédité joue ici le même rôle que dans les autres névroses. Les *climats* froids et tempérés comptent plus de choréiques que les climats chauds. Cette maladie est complètement inconnue aux Antilles. La chorée éclate souvent sans *causes occasionnelles* appréciables. Les émotions morales, la frayeur surtout, sont celles qui ont été signalées le plus souvent.

La chorée a des rapports importants à étudier avec d'autres maladies. Le zona, la petite vérole, la rougeole, la scarlatine, favorisent le développement de la chorée. Les rapports de cette maladie avec l'*endocardite* et le *rhumatisme articulaire* ont été beaucoup exagérés, parce qu'on a compté comme rhumatisme, toutes les douleurs articulaires et qu'on n'a pas distingué de la chorée l'*arachnitis rhumatismale* avec mouvement choréiforme. Si la chorée existe depuis longtemps quand débute le rhumatisme, celle-ci, d'abord excitée par la fièvre, s'apaise et guérit avec le rhumatisme; mais, quand les deux affections sont contemporaines ou à peu près, la chorée n'est pas modifiée, et

dure autant que le rhumatisme ; et si cette maladie se termine par la mort, les mouvements choréiques persistent jusqu'à la fin. Ces deux lois, posées par Germain Sée, ne nous semblent pas invariables.

Traitement.—*Tarentula*, *agaricus muscarius*, *stramonium*, *belladona*, *ignatia*, *cocculus*, *cuprum* sont les principaux médicaments dans la *forme commune*. Tous ces médicaments produisent une agitation continuelle ; des mouvements bizarres, avec paralysie incomplète; prédominance des désordres musculaires d'un côté du corps ; augmentation de l'agitation par le mouvement volontaire ou une émotion morale ; diminution par le repos, cessation par le sommeil : tous ont donné des guérisons incontestables ; mais *tarentula* est celui qui nous a le plus souvent réussi. L'école allopathique a obtenu de beaux succès avec le sirop de strychnine. *Agaricus muscarius* est indiqué par Richard Hughes dans le traitement de la chorée ; l'agaric produit sur l'homme sain, des contractions choréiques très-marquées avec un degré plus ou moins avancé de paralysie ; une sensation de fraîcheur descendant dans les jambes avec fourmillement dans les pieds, constituent les caractères distincts de ce médicament.

Cuprum est indiqué par la rougeur de la face, pendant les mouvements choréiques, pleurs, anxiété, bouffissure, envie de se cacher, mais surtout par l'existence des *crampes* et des *convulsions toniques*.

On a encore signalé *veratrum viride*, *viscum album* et *lolium temulentum*.

Calcarea, mais surtout *causticum* et *iodium* doivent être essayés dans la *forme grave* quand *tarentula*, *stramonium* et *ignatia* auront échoué. *Causticum*, indépendamment du mouvement choréiforme, contient les symptômes suivants : parole bégayante ; paralysie incomplète du côté gauche ; convulsions jour et nuit (Jahr).

Iodium contient, avec les troubles des mouvements caractéristiques de la chorée, le mouvement fébrile avec pouls filiforme qui accompagne la forme la plus grave.

La teinture d'iode et l'iodure de potassium ont donné des succès entre les mains des allopathes.

La gymnastique, la danse, la marche cadencée, en un mot tous les exercices qui exigent des mouvements bien coordonnés sont d'un bon secours dans le traitement de la chorée.

CHAPITRE V

TREMBLEMENT ET PARALYSIE AGITANS

Le tremblement est une agitation convulsive des muscles produite par des contractions involontaires, petites, rapides et rhythmiques.

Le tremblement existe à titre de symptômes dans un grand nombre d'empoisonnements : tremblement mercuriel, saturnin, alcoolique, etc., et aussi dans quelques maladies fébriles : méningites, fièvre typhoïde, fièvre éruptive, etc. Mais il existe aussi indépendamment de tout autre état morbide et constitue le tremblement essentiel qui présente deux formes : *tremblement* et *paralysie agitans*.

I. Tremblement. — Il a été appelé *sénile* parce qu'il survient le plus souvent dans un âge avancé; cependant on peut le rencontrer dans la jeunesse, surtout lorsqu'il est *héréditaire*. Les *émotions morales*, les excès vénériens, les causes de débilitation sont les circonstances qui favorisent habituellement son développement.

A un premier degré, le tremblement consiste dans un léger mouvement latéral de la tête. Ce mouvement est d'autant plus marqué que les malades sont sous l'influence d'une impression morale ou d'une préoccupation quelconque ; pendant le repos de corps et d'esprit, le tremblement est habituellement insensible et disparaît complètement pendant le sommeil.

La maladie augmente insensiblement ; les mouvements de la tête sont plus étendus et le tremblement gagne les mains, en sorte que le malade écrit et mange difficilement.

Cette forme est incurable, mais elle ne se complique ni de paralysie, ni de rétraction musculaire.

II. Paralysie agitans. — Dans cette forme, le tremblement commence d'abord par un membre, un bras par exemple, puis il envahit successivement les autres membres et jamais la tête. Les mouvements convulsifs augmentent d'étendue et les malades deviennent incapables de se servir de leurs mains ; la démarche est précipitée, irrégulière, sans équilibre et bientôt impossible.

Au commencement et pendant longtemps, il n'y a pas de paralysie véritable; seulement la contractilité est épuisée par les mouvements convulsifs et il n'en reste pas une quantité suffisante pour des mouvements volontaires un peu prolongés; ainsi, après quelques pas le malade, complètement épuisé, est obligé de s'arrêter. A la fin de la maladie, il existe une paralysie incomplète de la contractilité, des rétractions musculaires des extrémités, les doigts sont à demi contractés, réunis et le pouce opposé comme pour écrire, plus tard infléchi dans la main avec extension des dernières phalanges (comme une tabatière). Les membres sont de plus en plus ramenés dans l'adduction; la tête et le tronc se courbent de plus en plus en avant, en sorte que le menton se rapproche des genoux; quelquefois il survient une paralysie des sphincters et un affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

Cette forme, comme la précédente, dure très-longtemps. Elle paraît incurable et la mort survient souvent par une complication de pneumonie (Trousseau). Le siége de cette névrose serait dans le mésocéphale.

Traitement. — Le *traitement* a jusqu'ici été inefficace. J'ai essayé inutilement *mercurius, plumbum, lachesis, sepia* et *tarentula*. D'après les expériences de Charcot, la nicotine produirait une véritable paralysie agitans ; ce médicament est donc à essayer.

Conium a aussi été conseillé.

CHAPITRE VI

CRAMPE

La crampe est une contraction énergique, de peu de durée, et excessivement douloureuse : elle siége sur un petit nombre de muscles ou même sur un seul. C'est une contraction passagère et douloureuse.

La crampe est un symptôme commun à plusieurs maladies et particulièrement au choléra et à la péritonite. Elle existe comme maladie essentielle et survient habituellement au lit ou pendant certains mouvements, comme la natation, par exemple; elle disparaît quand on parvient à produire le mouvement volontaire qui fait agir régulièrement les muscles contractés. Ainsi la crampe du muscle gastrocnémien disparaît immédiatement par la marche. Quand la crampe a été forte, le muscle qui en a été le siége reste douloureux pendant plusieurs heures ; par suite de la rupture de quelques fibres musculaires.

Traitement. — En couchant sur un lit disposé en plan incliné, de manière que les pieds soient de 10 à 12 décimètres plus bas que la tête, on évite presque à coup sûr les crampes nocturnes (Bordsley), *Nux vomica*, *arsenicum*, *veratrum*, mais surtout *cuprum*, sont les médicaments de la crampe; j'ai toujours réussi avec *cuprum* 12e ou 30e.

L'application du cuivre métallique sur les jambes empêche habituellement les crampes de se développer; les frictions, surtout avec un liniment camphré, soulagent beaucoup la douleur.

HUITIÈME CLASSE

MALADIES DES AGES

Sous ce titre, on décrit de simples *souffrances* développées à l'occasion des grands changements physiologiques, connus sous le nom d'*âges*. Ces souffrances sont la *dentition laborieuse*, les désordres des premières *menstruations*, les souffrances de la *grossesse* et de la *ménopause*. Certains auteurs décrivent à tort, sous ce titre, de véritables maladies développées sous l'influence des âges ; ces maladies sont très-nombreuses : l'*œdème des nouveau-nés*, les *convulsions*, le *choléra infantile*, les *diarrhées de la dentition*, la *chorée*, les *convulsions* et les *vomissements* des femmes enceintes, la *chlorose*, etc., etc. On voit que cette dernière division est tout à fait arbitraire, qu'elle contient des espèces morbides très-diverses et qu'elle peut être étendue presque indéfiniment. Aussi, nous ne décrirons point les maladies des âges, mais seulement les *souffrances* et les *accidents* qui peuvent accompagner les grands changements physiologiques, tels que la *naissance*, la *dentition*, la *menstruation*, la *grossesse* et la *ménopause*.

CHAPITRE PREMIER

SOUFFRANCES ET ACCIDENTS DE L'ENFANCE

Mort apparente des nouveau-nés. — Cet état est dû tantôt à l'asphyxie, tantôt à la syncope, quelquefois à un mélange de ces deux états.

Mort apparente due à l'asphyxie. — Elle est causée par la compression du cordon, le décollement prématuré du placenta, l'obstruction des voies aériennes par des mucosités.

Ses symptômes sont le gonflement de la face, la coloration rouge bleuâtre des téguments, la cessation des battements de cœur.

Traitement. — Il consiste à laisser couler quelques cuillerées de sang par le cordon, à exciter les muscles respirateurs, soit en projetant de l'eau froide sur le thorax, soit en appliquant le marteau de Mayor sur la région précordiale. L'insufflation pulmonaire et la respiration artificielle offrent de grandes ressources et doivent être continuées longtemps. La persistance de quelques mouvements du cœur doit encourager le médecin a continuer ses efforts, qui souvent ne sont couronnés de succès qu'après plusieurs heures de soins persévérants. Il faut savoir que l'asphyxie des nouveau-nés peut se prolonger fort longtemps sans amener la mort réelle, et qu'une des conditions nécessaires à l'entretien d'un reste de vie est de maintenir la chaleur de l'enfant, ce qu'on obtient à l'aide du bain chaud.

Mort apparente par syncope. — Elle résulte d'une déchirure du cordon, d'une hémorrhagie par décollement du placenta.

Les symptômes sont la pâleur, l'état de flaccidité, la faiblesse et la rareté des battements du cœur.

Traitement. — Il faut lier le cordon avant de le couper, placer la tête très-bas, projeter de l'eau à la face ; bains excitants avec du vin ou de l'alcool, entretenir et exciter la respiration.

Mort apparente par asphyxie et par syncope. — La syncope se produirait, d'après Cazeaux, dans l'asphyxie brusque et dans l'asphyxie prolongée. En somme, le mécanisme de cet état est fort mal connu. Nous pensons que c'est un état de syncope sans hémorrhagie.

Les symptômes sont identiques à ceux décrits dans le paragraphe précédent, le traitement est le même, seulement il faut insister beaucoup sur le rétablissement des mouvements respiratoires et pratiquer la respiration artificielle.

CHAPITRE II

ACCIDENTS DE LA DENTITION

Nous donnerons d'abord, en quelques mots, l'évolution de la dentition physiologique.

La première dentition est à peu près la seule qui soit l'occasion de souffrances et de maladie ; elle se compose de l'éruption de 20 dents, éruption qui commence du sixième au neuvième mois, pour se terminer à la fin de la seconde année ou dans le cours de la troisième. Cette éruption se fait par groupes, séparés par des intervalles de repos. Le premier groupe comprend les deux incisives médianes inférieures. Deux ou trois mois après, apparaissent les quatre incisives supérieures. Les deux incisives latérales inférieures et les quatre premières molaires font leur apparition deux mois après. Ici se trouve un temps d'arrêt plus considérable, qui varie de quatre à cinq mois, et alors apparaissent les canines. Encore un repos de cinq mois, puis les secondes molaires viennent compléter la première dentition.

Ces chiffres, que nous empruntons à Trousseau (1), expriment les faits tels qu'ils se passent habituellement, mais ne tiennent pas compte des termes extrêmes et des exceptions.

Souffrances de la dentition. — La *douleur* des gencives avec rougeur d'une joue et pâleur de l'autre, le changement du caractère, l'insomnie avec petits mouvements fébriles constituent les souffrances les plus ordinaires de la dentition. Ces souffrances se prolongent sept à huit jours et cessent avec la sortie des dents. A un degré plus élevé, il se joint des vomissements de lait et une diarrhée contenant des parties de lait indigérées, que les gens du monde prennent pour les germes des dents ; des plaques érythémateuses sur différentes parties du corps, et souvent une toux laryngée.

(1) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 5e édition. Paris, 1877.

Traitement. — Contre ces accidents, je conseille *chamomilla* 3e ou 6e dilution, une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Ce médicament suffit toujours dans les cas simples; il faut aider son action par des bains et par une diminution notable dans l'alimentation des enfants qui, pendant ces accidents, doivent se contenter du sein ou du biberon. *Aconitum* est demandé par la toux laryngée et le mouvement fébrile. Les accidents d'éclampsie, de choléra infantile, et de diarrhée grave sont souvent prévenus par ce traitement.

Sevrage. — C'est ici le lieu de rappeler que l'époque du sevrage doit être fixée, non par l'âge de l'enfant, mais par la dentition ; qu'on doit, autant que possible, attendre l'éruption des canines, et, dans tous les cas, choisir une des *périodes d'arrêt* qui sépare l'éruption des différents groupes pour opérer ce changement souvent si périlleux.

CHAPITRE III

ACCIDENTS DE LA MENSTRUATION

Les règles, dans nos climats, apparaissent habituellement vers l'âge de 14 ans : elles peuvent commencer à 12 ans, ou être retardées jusqu'à 18 ans; très-exceptionnellement elles se manifestent dès l'âge de 7 ans, ou attendent 20 et 22 ans pour se manifester.

La menstruation régulière revient tous les vingt-huit jours. Le premier jour c'est une simple apparition ; l'écoulement sanguin est plus fort le deuxième et le troisième jour ; il se maintient quelquefois le quatrième jour, puis il diminue beaucoup, pour se terminer le cinquième ou le sixième jour. Le sang doit être rouge et sans caillot. Il peut revêtir une odeur assez forte, sans que la femme soit malade. La quantité de sang perdu est très-difficile à apprécier. Généralement, le nombre des serviettes salies par une femme en bonne santé varie de 6 à 8; la perte de sang, pour être normale, ne doit jamais affaiblir la malade.

Les règles qui viennent avant vingt-huit jours avancent, celles qui viennent après retardent ; celles qui ne durent qu'un jour ou deux sont trop courtes, celles qui durent huit jours et plus sont trop longues.

Les règles s'interrompent presque constamment pendant la grossesse et l'allaitement ; cependant il y a des femmes qui continuent à être réglées pendant les premiers mois de la grossesse et un plus grand nombre qui voient leurs règles reparaître pendant l'allaitement. Ce dernier désordre a de grands inconvénients : il diminue le lait des nourrices, il contribue à les épuiser, et enfin c'est une condition favorable pour le développement d'une grossesse prématurée. La grossesse force presque toujours à interrompre l'allaitement, non parce que la lait d'une femme grosse est nuisible au nourrisson, mais parce que la femme qui continue à nourrir pendant sa grossesse s'expose à l'avortement et à un épuisement considérable.

Il est rare qu'une femme qui n'a pas ses règles devienne enceinte. Cependant les exceptions à cette loi sont assez nombreuses, que la femme soit nourrice ou non.

C'est vers l'âge de 49 ans que les règles commencent à se déranger ; elles retardent ou avancent, diminuent habituellement, quelquefois augmentent de quantité, puis finissent par disparaître tout à fait.

La ménopause peut commencer avant 40 ans ; elle peut se prolonger jusqu'à 50 ans et au delà. Les femmes qui ont été réglées très-jeunes et très-abondamment restent le plus souvent réglées fort tard.

Il faut distinguer des règles les hémorrhagies utérines qui surviennent à *tout âge*, sous l'influence de maladies diverses de fièvres éruptives et continues, purpura, etc.

Aménie ou retard dans la première apparition des règles.—Le plus souvent ce retard est lié à la chlorose, et nous n'avons pas à nous en occuper ici ; mais ce retard peut exister comme une simple anomalie, sans être lié à aucune maladie déterminée ; d'autres fois, il tient à un vice de conformation.

Aménie simple. — Cet état est caractérisé par un effort

incomplet vers la menstruation. Chaque mois, la jeune fille éprouve les symptômes qui précèdent habituellement l'écoulement menstruel : impressionnabilité nerveuse, insomnie, douleur de rein, pesanteur et chaleur dans l'hypogastre, leucorrhée, gonflement douloureux des seins. Ces souffrances se prolongent souvent pendant une semaine, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au mois suivant. Cette *aménie* peut se prolonger pendant plusieurs mois.

Traitement de l'aménie simple. — *Pulsatilla* et *causticum* sont les deux médicaments qui conviennent le mieux. *Pulsatilla*, 6e dilution, et *causticum*, 30e. On donne les médicaments deux fois par jour pendant quatre jours; repos quatre jours; continuer pendant un mois *pulsatilla* et le mois d'après *causticum*.

L'*aménie* qui tient à un vice de conformation est beaucoup plus grave ; ce vice de conformation est une *imperforation*.

L'imperforation est de plusieurs espèces : occlusion du vagin par un simple diaphragme; absence complète de la cavité vaginale, occlusion du col utérin, à son orifice externe ou à son orifice interne. Cette *aménie* a des symptômes communs et des symptômes propres à chaque espèce.

Les *symptômes communs* sont : l'absence de l'écoulement du sang menstruel; l'apparition, chaque mois, de tous les symptômes qui accompagnent la menstruation, symptômes que nous venons de décrire dans le paragraphe précédent. Il faut y ajouter la formation d'une tumeur dans l'hypogastre. Cette tumeur, formée par le sang accumulé dans l'utérus, n'est d'abord perçue que par le *toucher rectal ;* les mois suivants, elle apparaît à l'hypogastre et finit par atteindre un développement qui se rapproche plus ou moins de celui de la grossesse à terme. Cet état est quelquefois la cause d'une maladie que nous décrirons en sa place, l'*hématocèle périutérine* par rétention.

Symptômes propres à chaque espèce d'aménie par occlusion. — Dans l'occlusion vaginale, le toucher fait reconnaître immédiatement l'obstacle et permet de constater si l'occlusion est due à un diaphragme mince et dépressible, au-dessus duquel on sent le liquide menstruel accumulé; ou si la cavité vaginale

manque complètement. Dans ce cas le toucher rectal, aidé d'une sonde placée dans la vessie, est nécessaire pour constater l'absence du vagin.

Quand l'occlusion siége sur l'*orifice interne* du col utérin, le doigt arrive sur le col qui conserve sa longueur et sa consistance normales; si l'occlusion porte sur l'*orifice externe*, le col participe au développement de l'utérus; il est complètement effacé; et on sent, au fond du vagin, le globe utérin distendu par du sang.

Cette aménie est très-grave, elle peut se terminer par la mort, soit que l'utérus se rompe, soit que les malades s'épuisent et succombent dans la cachexie. Le *traitement* est purement chirurgical; il faut donner issue au sang épanché et rétablir l'ouverture oblitérée. Cette opération est souvent mortelle, surtout quand l'occlusion siége sur le vagin; on diminue les chances de mort en faisant de grandes injections dans la cavité utérine avec de la teinture d'idode étendue d'eau.

Les règles qui viennent avant 12 ans constituent un désordre habituellement lié à une disposition hystérique; il n'y a pas autre chose à faire qu'à mettre en usage le traitement prophylactique de l'hystérie. Si en même temps les règles prématurées sont trop abondantes, il faut recourir au traitement de la *ménorrhagie*.

Les *règles qui avancent* de huit à quinze jours affaiblissent habituellement les malades et peuvent devenir la cause de la chlorose.

Ignatia est le médicament qui remédie le plus sûrement à ce désordre; on le donne à la 12e dilution. *Calcarea carbonica* est aussi un médicament qui convient dans ce cas; il est surtout indiqué par les constitutions scrofuleuses et ignatia est préférable chez les personnes nerveuses.

Les *règles qui retardent* n'ont pas, la plupart du temps, d'inconvénients pour la santé des femmes.

Le *traitement* qui convient le mieux est celui de l'aménie. Les *coliques menstruelles* étant liées à la plupart des affections

utérines ne peuvent trouver leur description ici, nous renvoyons à l'article *Dysménorrhée*.

Souffrances de la grossesse.—Ce sont des nausées, la salivation, les vomissements d'eau le matin, les vomissements d'aliments en mangeant ou aussitôt qu'on a mangé, avec la faculté de manger de nouveau immédiatement après, les changements dans le goût, la somnolence diurne; les changements de caractère, les impulsions maladives, les chaleurs de la face, les palpitations, un défaut d'équilibre qui rend les chutes faciles; le ténesme urinaire, la constipation. Nous ne parlons ni des *vomissements incoercibles*, ni de l'*abuminurie*, ni de l'*éclampsie*, ni des autres maladies qui peuvent se développer à propos de la grossesse.

Traitement des souffrances de la grossesse. — *Aconitum*, *ipeca* et *nux vomica* remédient à la plupart des souffrances de la grossesse. Il faut se rappeler le *Jaborandi* contre la *salivation* de la grossesse.

Ménopause.—L'âge critique ou de retour s'accompagne, chez un grand nombre de femmes, de souffrances nombreuses. Ce sont des chaleurs passagères qui montent à la face, par *bouffées*, et se terminent habituellement par une sueur générale et instantanée; des vertiges extrêmement variables, des fourmillements dans les membres, de l'insomnie nocturne avec somnolence diurne, un sentiment de faiblesse extrême, des palpitations, de l'essoufflement, des gonflements du ventre, des pesanteurs à l'hypogastre avec des douleurs de reins; des impulsions maladives; et principalement de la tristesse.

Il est fréquent d'observer, pendant la ménopauses, des *hémorrhagies* quelquefois excessives et qui persistent plusieurs années, en l'absence de toute maladie; les hémorrhagies s'observent chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants.

Traitement de la ménopause. — *Lachesis* est le médicament principal de la ménopause; il remédie à la plupart des souffrances de cet âge, et prévient les maladies graves qui l'accompagnent si fréquemment. J'ai souvent remplacé *lachesis* par *vipera torva*.

Actæa racemosa est aussi un médicament de la ménopause ; il est principalement indiqué par un sentiment de défaillance partant de l'estomac, par la céphalalgie avec douleur dans les globes oculaires et par les douleurs musculaires. On emploie la 1re, 2e et 3e dilution décimale.

NEUVIÈME CLASSE

MALADIES COMMUNIQUÉES

Ces maladies ont pour caractère de ne se développer jamais spontanément chez l'homme et d'être inoculables. Trois de ces maladies sont fatalement mortelles quand un traitement approprié ne parvient pas à enrayer leur marche naturelle, ce sont : la *rage*, la *morve* et la *pustule maligne*. Ce sont elles que nous allons décrire dans ce chapitre. Nous avons déjà présenté, à propos du traitement de la variole, l'histoire de la *vaccine*, qui est aussi une maladie communiquée.

CHAPITRE PREMIER

RAGE

La rage est une maladie qui se développe spontanément dans les espèces *canis* et *felis*, et qui est caractérisée chez l'homme : par une incubation de plusieurs semaines à plusieurs mois ; par l'horreur de l'eau ; par des phénomènes convulsifs, particulièrement par un spasme du pharynx, qui s'oppose à la déglutition. La mort arrive du 4e au 5e jour, par un spasme des muscles de la respiration.

La rage présente-t-elle plusieurs formes ? Nous manquons de matériaux suffisants pour résoudre cette question, tous les enragés offrent à peu près les mêmes symptômes ; et il semble ici que l'énergie de la cause externe fasse violence à l'organisme et le contraigne à parcourir toujours le même processus pathologique. Cependant, il y a quelques différences que nous indiquerons chemin faisant. Auzias Turenne cite des cas dans lesquels la rage se serait développée incomplètement et aurait guéri spontanément ; il faudrait donc admettre une *forme bénigne*.

Période d'incubation.—Elle est habituellement de 40 jours; ses limites extrêmes sont 14 jours et un an. Pendant cette période, quelquefois très-longue, aucun symptôme ne peut faire soupçonner la terrible maladie qui est là en puissance et qui va éclater d'un moment à l'autre. La plaie se cicatrise comme une plaie simple, et toutes les fonctions s'exécutent avec leur intégrité physiologique. Peut-être pourrait-on signaler cependant une surexcitation du sens génital.

Période de prodromes. — Une tristesse et une inquiétude vague, une soif vive sont les premiers symptômes du début. Le malade, devenu très-impressionnable, recherche la société par un besoin de distraction et la fuit par un sentiment de malaise indéfinissable. On a signalé, dans un certain nombre de cas, un travail et des douleurs dans la cicatrice de la morsure; cette cicatrice s'ouvre quelquefois. Cette période se prolonge plusieurs jours, puis apparaît le frisson convulsif qui marque le début de la maladie.

Ce frisson convulsif apparaît presque constamment la première fois quand le malade boit, d'autres fois c'est lorsqu'il se lave la figure ou les mains. A partir de ce frisson, la rage arrive rapidement à sa **période d'état**; tout émeut le malade, et sa figure exprime l'angoisse et la frayeur; sa face est pâle, ses yeux cernés, ses cheveux en désordre, son intelligence est intacte. Pressé par la soif, il *veut* boire et, réunissant toute son énergie, il porte son verre à sa bouche ; mais à peine quelques gouttes de liquide ont-elles touché le pharynx que le malade, comme poussé par un ressort, rejette le liquide introduit dans la bouche ; et est pris de ce frissonnement convulsif qui a marqué le début de la maladie. Plus tard, le frissonnement est remplacé par de véritables convulsions commençant par la face et se propageant rapidement au reste du corps. Elles sont d'abord cloniques, puis ensuite toniques. Les accès sont déterminés par la vue d'un liquide et surtout par les tentatives de la déglutition de ce liquide; la vue d'un objet brillant, le contact de la main, l'agitation de l'air produite par l'ouverture d'une porte suffisent souvent pour déterminer les convulsions.

Le *satyriasis* et la *nymphomanie*, l'hyperesthésie de la peau, l'enrouement et la raucité de la voix, les hoquets, les nausées, l'accumulation dans la bouche d'une salive écumeuse qui s'écoule sous forme de bave, ou que le malade rejette par un crachotement continuel, complètent le tableau de la maladie à sa période d'état.

Les accès convulsifs se rapprochent et les malades succombent, suffoqués par le spasme des muscles de la glotte, ou lentement asphyxiés par la contracture des muscles respiratoires.

Etiologie. — La rage ne se développe qu'à la suite de l'inoculation de la salive d'un animal enragé ; cette inoculation a lieu habituellement par morsure, mais elle peut se produire par le contact de la salive avec une partie excoriée. Les faits de rage développés à la suite de la morsure d'un chien en fureur sont très-contestables. Tous les hommes ne sont pas prédisposés à contracter la rage; ainsi, quand plusieurs personnes ont été mordues, un petit nombre seulement contractent la rage. Cette vérité doit toujours être présente à l'esprit quand on veut apprécier la valeur d'un traitement préventif. La rage a pu être inoculée de l'homme au chien.

Traitement.— *Prophylaxie.* La cautérisation avec le fer rouge ou avec un caustique énergique est universellement recommandée, et ce moyen pouvant avoir une réelle efficacité, on ne doit pas le négliger. La recherche et la cautérisation des *lysses* devront être faites, non pas quand la maladie est déclarée, mais pendant la période d'incubation. Ces lysses, quand elles existent, sont de petites vésicules qui apparaissent, dans les premiers jours de l'inoculation, sur les parties latérales du frein de la langue. Leur durée est éphémère, elles devront donc être recherchées tous les jours jusqu'au 22e jour.

L'administration de *stramonium* et *cantharis*, alternés d'abord avec huit jours d'intervalle, puis quinze jours, sera continuée pendant un an.

Traitement curatif. — *Cantharis*, *belladona*, *stramonium*, *hyosciamus*, *veratrum* et *lachesis* sont les médicaments qui devront être essayés.

Stramonium employé empiriquement en Chine contre la rage est indiqué par le spasme du pharynx et du larynx ; par les *tremblements* et les *convulsions*, excitées par la vue des liquides et des objets brillants; par l'impossibilité d'avaler avec soif; par l'excitation génésiaque; par la salivation.

Hyosciamus présente comme le précédent médicament *les convulsions en essayant de boire ;* l'écume à la bouche, les spasmes du pharynx et du larynx, l'excitation génitale, le délire, les convulsions, la congestion cérébrale sont mieux marqués avec hyosciamus qu'avec stramonium.

Belladone analogue aux deux précédents est moins indiquée qu'eux dans le traitement de la rage.

Après les solanées vient *cantharis* qui comprend les spasmes de la gorge avec impossibilité d'avaler puis des accès d'hydrophobie par la vue de l'eau, des convulsions et des tremblements mais sans caractère déterminé.

Lachesis et *vipera* contiennent aussi des symptômes d'hydrophobie mais sans caractéristique. Il en est de même de veratrum.

Je conseille les 3 dilutions et si elles restaient sans effet les doses massives.

Le chloroforme et l'opium à haute dose n'ont rien produit dans cette maladie, mais les ingestions de chloral dans les veines ont calmé considérablement les souffrances atroces des malades sans toutefois empêcher le dénouement fatal, on pourrait essayer ce médicament en lavement à la dose de 4 grammes répétés toutes les heures.

CHAPITRE II

MORVE ET FARCIN

La morve est, comme la diathèse purulente, caractérisée par la tendance à la transformation purulente des solides et des liquides coagulables de l'économie; elle présente en plus une tendance à l'ulcération et à la gangrène.

La morve et le farcin ne constituent pas deux formes, mais seulement deux variétés de la même maladie, et toute la différence consiste dans la présence ou dans l'absence de l'affection ulcéreuse de la membrane pituitaire; affection ulcéreuse qui s'accompagne d'un *jetage* plus ou moins abondant et a mérité le nom de *morve* à la maladie.

Cette maladie, qui se développe spontanément chez les solipèdes, est *inoculable* et *contagieuse* pour l'espèce humaine, à laquelle elle se communique très-facilement. Ce sont les palefreniers et les cochers qui présentent le plus souvent des cas de morve. Dans certains cas, il est extrêmement difficile de remonter à la source de la contagion. Ainsi, on a observé cette maladie chez une femme qui travaillait à détresser du crin; je l'ai vüe chez un brocanteur qui avait vendu des harnais; on cite des observations chez des personnes qui n'avaient eu aucun rapport apparent avec les chevaux.

La morve est contagieuse de l'homme au cheval et de l'homme à l'homme.

Division. — La morve présente trois formes à étudier : la *forme commune*, la *forme chronique* et la *forme bénigne*.

I. Forme commune. — L'incubation varie de vingt-quatre heures à huit jours. La maladie est précédée par de la courbature, des douleurs dans les membres, un grand affaissement et une violente céphalalgie : elle débute par un frisson avec tremblement. Le mouvement fébrile est continu ; le pouls, fréquent, varie de 120 à 140 ; la chaleur est intense ; les douleurs vagues du début se transforment en douleurs articulaires qui

simulent le rhumatisme. L'affection des fosses nasales ne tarde pas à se montrer, elle est caractérisée par le gonflement érysipélateux d'un côté de la face, la tuméfaction de l'œil du côté correspondant et l'écoulement d'une sérosité putride par la narine. Si on examine la membrane pituitaire, on y constate des ulcérations qui vont quelquefois jusqu'à la destruction de la cloison ; les ganglions sous-maxillaires qui correspondent à la narine affectée se tuméfient plus ou moins. Souvent les deux narines finissent par se prendre ; en même temps apparaissent sur les muqueuses buccale, pharyngienne et laryngienne des ulcérations de même nature ; sur la peau, des pustules variables de nombre et de forme ; dans le tissu cellulaire, les muscles et les jointures, des collections purulentes formées avec une extrême rapidité. Cependant le malade s'affaisse de plus en plus, le pouls s'accélère et devient insensible ; la diarrhée s'établit ; il survient des gangrènes soit de la face, soit de la bouche, soit dans d'autres points ; et le malade succombe le plus souvent à la fin du premier septénaire.

Nous ne connaissons pas d'exemple de guérison dans cette forme de la morve.

Quand l'affection nasale ne se développe pas, la maladie a reçu le nom de *farcin aigu ;* elle s'accompagne des mêmes symptômes que nous venons de décrire, et elle suit une marche identique.

II. Forme chronique. — Cette forme est caractérisée par la marche plus lente de la maladie, et le plus souvent par l'apparition tardive de l'affection des fosses nasales, ce qui a fait dire que *presque toujours la morve chronique succédait au farcin chronique.*

Assez souvent la forme que nous décrivons débute avec un appareil fébrile assez intense et la formation d'un abcès : l'abcès étant ouvert, la fièvre se calme, et la maladie revêt une marche chronique ; elle est caractérisée par la formation successive de collections purulentes, par des douleurs articulaires et par un affaiblissement progressif. Les ulcérations du larynx et de la trachée se montrent assez vite ; elles déterminent de

l'aphonie, de la toux, de la dyspnée, et se compliquent quelquefois de bronchite et de pneumonie ; enfin, le plus souvent, apparaît vers la fin, l'affection des fosses nasales avec le jetage qu'elle détermine. Si cette affection se montre prématurément, on dit qu'il y a *morve chronique ;* si elle n'apparaît pas du tout, c'est le *farcin chronique.* On voit par là combien ces dénominations sont vicieuses, puisqu'elles font reposer la détermination des formes sur la présence ou l'absence d'un symptôme qui n'a aucune influence sur la marche de la maladie.

Habituellement, le malade périt d'épuisement et de fièvre hectique, quelquefois cependant l'état aigu reparaît, et on dit que la morve aiguë succède à la morve chronique.

III. Forme bénigne. — Cette forme est incontestable chez le cheval ; existe-t-elle aussi chez l'homme ? Dans ce cas, ce serait à elle qu'il faudrait rapporter les quelques cas de guérison que l'on a observés dans cette maladie.

Chez le cheval elle est caractérisée tantôt par la présence d'un symptôme isolé ou d'un petit nombre de symptômes, comme un abcès ou quelques boutons farcineux; tantôt par une marche moins rapide des accidents et une intensité moindre des symptômes. Elle guérit souvent par un traitement approprié et surtout par un changement de régime.

Traitement. — Les succès obtenus par les vétérinaires à l'aide de l'*arsenic* et de la *noix vomique* doivent engager les médecins à expérimenter ces médicaments chez les malades atteints de morve. La pathogénésie de l'arsenic contient un grand nombre de symptômes qui indiquent ce médicament dans la deuxième période de la forme commune et à toutes les périodes de la forme chronique. *Silicea* et *hepar sulfuris* sont encore indiqués dans cette forme. *Aconitum* convient mieux au début de la *forme commune*, il faut noter avec soin la rémittence du mouvement fébrile, pour employer à propos la sulfate de quinine et le quinquina; ces deux médicaments, comme l'aconit du reste, doivent être prescrits à haute dose, nous renvoyons au traitement de le *diathèse purulente,* pour le détail des médicaments.

CHAPITRE III

PUSTULE MALIGNE

La pustule maligne est une maladie résultant de l'inoculation des maladies charbonneuses développées spontanément chez les animaux : *sang de rate* des moutons, *fièvre charbonneuse* du cheval, *maladie de sang* dans l'espèce bovine.

Chez l'homme, cette maladie est caractérisée par une affection locale, *bouton gangréneux* ou *œdème*, et par le développement plus ou moins rapide d'une fièvre gangréneuse.

Les bergers, les équarisseurs, les ouvriers qui travaillent les dépouilles des animaux morts du charbon, sont les victimes habituelles de cette maladie. Cependant, comme la cause de la contagion peut incontestablement être transportée par les mouches qui se nourrissent des cadavres d'animaux morts du charbon, cette maladie peut se communiquer à toutes les personnes qui habitent les pays dans lesquels sévissent les épidémies de maladie charbonneuse.

Le simple contact suffit pour le développement de la maladie, et c'est même là le cas le plus commun ; une solution de continuité favorise cependant la transmission. Il y a des personnes qui paraissent réfractaires à la maladie, tandis que d'autres la contractent avec la plus grande facilité. Ce fait trouve son explication dans la présence ou l'absence de la *prédisposition*.

Le pustule maligne est transmissible de l'homme à l'homme, de l'homme aux animaux.

1re FORME. **Pustule maligne.** — Elle débute par une petite tache analogue à une piqûre de puce ; cette petite tache, d'un rouge variable, est toujours pruriteuse ; presque constamment elle se recouvre d'une vésicule initiale ; d'autres fois, c'est une bulle ou une papule.

La vésicule ou la bulle se crève ou est déchirée par les doigts du malade ; la papule s'affaisse et l'*eschare* apparaît, d'abord jaune, puis grise, puis noire ; elle est dure, déprimée et varie en étendue de quelques millimètres à trois centimètres. Un

cercle de vésicules, tantôt discrètes, tantôt confluentes, entoure l'eschare; et, pendant la marche envahissante de la gangrène, un second et un troisième cercle vésiculaire se développe. Les vésicules du cercle le plus excentrique sont toujours les plus grosses. L'eschare et les cercles excentriques des vésicules qui l'accompagnent contituent une *tumeur* extrêmement dure qui pénètre à deux ou trois centimètres de profondeur. Les tissus voisins se tuméfient plus ou moins. Cette tuméfaction a la consistance de l'œdème. La tumeur charbonneuse est chaude, brûlante, pruriteuse ; la coloration, d'abord grisâtre, varie ensuite du rouge sombre au violacé; des traînées de lymphangite partent des différents points de cette tumeur.

Quand la tumeur charbonneuse a subi son évolution entière, c'est-à-dire habituellement quarante-huit heures après le début, apparaissent les symptômes généraux : malaises, frissons, fièvre intense, prostration ; puis, lorsque la maladie doit avoir une issue fatale : vomissements, prostration extrême, faiblesse du pouls, refroidissement de la peau et de l'haleine, dyspnée et mort, comme dans la période algide du choléra.

Si, au contraire, le malade doit guérir, une réaction inflammatoire s'établit à la fin du premier septénaire; la tumeur rougit, le corps se réchauffe ; les accidents graves disparaissent ; souvent la réaction est trop forte, la tumeur suppure ; et il se développe un phlegmon, plus ou moins étendu.

2e FORME. Œdème malin. — Cette forme siége habituellement aux paupières; elle peut, au contraire de la pustule maligne, débuter par les membranes muqueuses. Elle est plus grave que la forme précédente ; elle est constituée par une tumeur œdémateuse, molle dans toute son étendue, violacée. Sur cette tumeur, se développent, au bout de deux ou trois jours, des eschares gangréneuses. Les symptômes généraux sont les mêmes que dans la forme précédente.

Traitement. — *Arsenicum* à l'intérieur et à l'extérieur est le principal médicament. La première trituration sert à faire une

pommade qu'on applique sur la tumeur. Je prescris 1 gr. pour 4 gr. d'axonge ; à l'intérieur, j'emploie la 3e trituration : 20 centigrammes dans 200 gr., une cuillerée toutes les deux heures. Une solution concentrée de sublimé corrosif ou mieux le sublimé grossièrement pulvérisé constitue un caustique excellent. Avant l'application du médicament externe, on excise l'eschare et on déchire les vésicules.

On a, dit-on, obtenu des succès rapides par l'administration du *liquide inoculable* lui-même dynamisé.

DIXIÈME CLASSE

MALADIES PARASITAIRES

On rencontre des animaux et des végétaux parasites chez l'homme malade dans des circonstances bien diverses. Souvent ces parasites ne constituent qu'un élément de la lésion : tels sont les *vibrions* et les *bactéries* qui se développent dans les produits morbides purulents ou même dans le sang pendant les maladies graves; les *mucédinés* et les cryptogames, qui naissent dans le *muguet* et les fausses membranes des muqueuses. Dans d'autres circonstances, les parasites jouent un rôle bien plus important ; ils ne sont le produit d'aucun état morbide ; mais, au contraire, ils constituent des maladies indépendantes et distinctes. Ce sont là les vraies *maladies parasitaires*.

Néanmoins, il faut encore ici tenir grand compte de la *prédisposition*, sans laquelle les maladies ne peuvent se développer : il faut savoir que les œufs d'helminthes et les spores du trichophyton ne se développent que dans certains organismes, tandis que d'autres sont complètement réfractaires, il y a des organismes sur lesquels les *pediculi* par exemple, ne prospèrent jamais, tandis que sur d'autres ils se multiplient à l'infini.

Les parasites se divisent naturellement en *parasites animaux* et *parasites végétaux*.

CHAPITRE PREMIER

PARASITES ANIMAUX

Obligé de nous renfermer dans les limites fort étroites, nous laisserons de côté la question d'histoire naturelle pour ne traiter ici que le côté pratique du sujet.

Art. Ier. — Vers intestinaux.

Nous décrirons les quatre espèces les plus communes : le *tænia*, les *lombrics*, l'*oxyure vermiculaire* et le *trichocéphale*.

Les vers intestinaux ne se développent jamais spontanément chez l'homme. Les œufs de ces vers sont introduits dans l'estomac avec les aliments, et le *traitement* consiste principalement dans l'administration des substances parasiticides. Un certain nombre de médecins homœopathes ont l'habitude de traiter les vers intestinaux par des médicaments à dose infinitésimale. Bien que ce mode de traitement fasse disparaître le plus souvent les souffrances déterminées par les vers et finissent par amener leur expulsion, nous croyons que le traitement par les *vermicides* est plus sûr et plus prompt.

Tænia. — On en distingue deux espèces : le *tænia solium* et le *bothriocéphale* ou *tænia lata*. Le premier, remarquable par la longueur de ses anneaux, est répandu dans presque tous les pays ; le second, plus large, moins long, a des anneaux très-larges et très-courts, qui ressemblent à des rides. Il est propre à certaines régions : à la Suisse et à la Russie. On sait que le tænia est un ver plat, long de 7 à 12 mètres, presque toujours *solitaire*. Le tænia se tient habituellement dans la partie supérieure de l'intestin grêle, il pénètre quelquesfois dans l'estomac. Ses symptômes sont : des malaises vagues, un sentiment de fatigue, de l'amaigrissement, des douleurs abdominales et la sensation d'une boule, la salivation, quelquefois la boulimie, le prurit au nez, mais surtout à l'anus ; des vertiges, des lipothymies. Dans deux cas j'ai observé une inappétence habituelle jointe à de la dyspepsie et à une constipation excessive. On a observé dans quelques cas rares, et chez des individus prédisposés, le développement de *convulsions*, *de chorée* et de *paraplégie*. Le meilleur signe de la présence du tænia, consiste dans la présence de portions de ce vers dans les selles ; beaucoup de malades rendent des anneaux de tænia sans aller à la selle, ils les trouvent dans leur lit ou dans leurs vêtements.

Certains malades n'éprouvent aucuns symptômes par la présence du tænia dans leur intestin.

Les œufs du tænia sont introduits principalement avec des viandes crues, soit de bœuf, soit de porc. L'hypothèse qui attribue exclusivement le tænia au cysticerque, cause de la la-

drerie du porc, ne répond pas à tous les faits, puisque cette maladie se développe fréquemment chez les enfants nourris de *viande de bœuf crue*. L'eau est probablement le véhicule des œufs du tænia dans un grand nombre de cas. Le tænia, lorsqu'il se développe dans un parenchyme, au lieu de se développer dans l'intestin, affecte une forme bien différente et constitue les *tumeurs hydatides*.

Traitement.— Les principaux médicaments sont le *cousso*, l'*écorce de racine de grenadier* et la *fougère mâle*.

Les fleurs du *cousso* (Brayera anthelmintica) constituent un remède fort efficace ; on l'administre à la dose de 15 grammes, infusé pendant dix minutes dans 250 grammes d'eau bouillante ; on avale l'eau et la substance.

L'*écorce de racine de grenadier* constitue un remède très-sûr ; on l'administre de la manière suivante : on fait bouillir 60 grammes d'écorce fraîche de racine de grenadier dans 750 grammes d'eau ; on fait réduire jusqu'à 500 grammes, que le malade prend en trois doses à une heure d'intervalle.

La *fougère mâle* est un remède efficace contre le tænia et principalement contre le bothriocéphale. L'*huile éthérée* est la meilleure préparation ; on l'administre à la dose de 2 à 8 grammes, suivant l'âge des malades ; on prépare des pilules avec un extrait et une poutre inerte, et le malade prend ces pilules dans l'espace d'une heure, il est nécessaire d'administrer, le lendemain, 30 grammes d'*huile de ricin*.

Les pépins de courge sont très-efficaces pour faire rendre de grandes portions de tænia ; quelquefois la guérison a été obtenu par ce moyen; on administre pendant plusieurs matins une douzaine de pépins sous forme d'émulsion ; le malade peut même plus simplement les croquer comme des amandes après avoir enlevé la première écorce à l'aide de l'eau bouillante.

Le traitement est reconnu efficace quand la tête du tænia est expulsée. Cette tête, grosse comme celle d'une épingle, se reconnaît à ses crochets.

Jahr (1) conseille *sulfur* et *mercurius* administrés à longue pé-

(1) Nouveau Manuel de médecine homœopathique.

riode, et si ces médicaments ne réussissent pas après plusieurs mois, il indique une douzaine de médicaments à essayer; il est donc plus pratique d'administrer un *tænifuge* que de faire subir au malade toutes ces tentatives. Je dois dire cependant que j'ai réussi une fois très-rapidement avec *stannum* (12).

Ascarides lombricoïdes. — Ces vers sont ainsi nommés à cause de leur ressemblance avec les vers de terre. Ils habitent exclusivement dans l'intestin grêle, et quand ils pénètrent dans une autre cavité, ils ne tardent pas à y périr. Cette maladie reconnaît une seule *cause*, l'introduction des œufs d'ascarides dans le tube intestinal. Ces œufs sont habituellement contenus dans l'eau non filtrée qui sert de boisson ; il ne faut donc accuser ni le lait, ni les fruits. Ces ascarides ne se multiplient pas dans l'intestin ; leurs œufs sont toujours expulsés avant d'avoir eu le temps d'éclore.

Les *ascarides lombricoïdes* déterminent du malaise, un état de pâleur avec yeux brillants et cernés, la fétidité de l'haleine, des nausées, des coliques, un prurit habituel au fondement et au nez ; ils peuvent causer des accidents graves. Ce sont des *abcès vermineux*, des *hémorrhagies* par perforation des vaisseaux, des symptômes d'*étranglement*. Les ascarides pénètrent quelquefois dans les voies biliaires et y déterminent des abcès, ils remontent dans l'œsophage et peuvent, en pénétrant dans le larynx, produire une suffocation mortelle. Plusieurs fois les ascarides lombricoïdes ont produit chez les enfants tous les symptômes de la méningite tuberculeuse, symptômes qui ont disparu avec l'expulsion des vers.

Traitement.—La *mousse de Corse*, mais surtout le *semen-contra* sont les meilleurs vermifuges de l'ascaride lombricoïde.

La *santonine*, principe actif du *semen-contra*, est une bonne préparation : on fait des dragées de santonine qui sont d'une administration facile, la dose de *santonine* est de 5 à 20 centigrammes trois jours de suite ; la dose de *semen-contra* de 1 à 6 grammes, et celle de la *mousse de corse*, 15 grammes infusés dans 120 grammes d'eau ou dans du lait. Le *calomel* à dose

purgative, 50 centigrammes à 1 gramme, est un vermicide excellent. *Cina*, qui n'est autre chose que le *semen-contra* (armoise du Judé), à dose homœopathique, fait disparaître assez facilement les symptômes vermineux ; nous n'avons pas trouvé que ce médicament eût une propriété vermicide. Jahr conseille *sulfur* et *mercurius*, *aconitum*, *cina*, *sabadilla* et plusieurs autres médicaments.

Ascarides vermiculaires ou oxyures. — Ce vers n'a que 2 à 4 millimètres de long ; il est mince comme un fil, extrêmement multiplié ; il occupe surtout la partie inférieure du rectum ; et, le soir, il descend à l'anus, sort au dehors et pénètre quelquefois dans les organes génitaux de la femme. Ce vers excite des démangeaisons excessives qui apparaissent surtout le soir, au moment où il se promène ; l'*oxyure* peut produire les mêmes troubles nerveux que l'*ascaride lombricoïde* ; il se diagnostique facilement par l'inspection de l'anus. Cette affection est très-rebelle et sujette à récidive.

Traitement. — Les vermifuges précédents ont peu d'action sur l'oxyure. L'*huile de ricin* les expulse en grand nombre ; des lavements d'huile, de suie, d'ail, de sucre, ou d'acide phénique, réussissent beaucoup mieux ; la dose d'acide phénique est de 25 à 50 centigr. pour 125 grammes d'eau.

Les lavements pour les oxyures doivent être très-petits et pénétrer seulement dans le rectum. L'heure la plus convenable pour les administrer est le soir quand les vers se promènent.

Teste (1) conseille de donner successivement *lycopodium* (30), *veratrum* (18) et *ipécacuanha* (9).

Trichocéphale. — C'est le plus rare des vers intestinaux ; il est linéaire, mais atteint la taille de 6 centimètres ; il habite le côlon et en particulier le cæcum ; il n'a pas de symptômes propres ; quand il est en très-grand nombre, il produit des symptômes de méningites. Le *semen-contra* et les *mercuriaux* constituent le traitement de ce ver.

(1) Maladies des enfants.

Art. II. — Trichine.

C'est une maladie parasitaire produite par la *trichina spiralis*; elle se développe chez les personnes qui se nourrissent de la viande de porc cru ou cuite très-imparfaitement. Ces vers, introduits dans l'intestin, y prennent un développement considérable comme taille, ils deviennent féconds et produisent une quantité innombrable de petites trichines. Ces petits vers percent l'intestin, pénètrent dans les muscles de l'abdomen, dans le diaphragme, et finissent par envahir tout le système musculaire. Si le malade survit, chaque trichine meurt et s'enkyste. Le premier symptôme de la maladie est un violent frisson avec malaise, grande faiblesse, anxiété, dyspnée, anorexie complète et soif vive ; bientôt les muscles deviennent douloureux et présentent une rigidité, un état de demi-contraction tout à fait caractéristique. A ce moment si on retire quelques parcelles musculaires à l'aide du harpon de Middeldorpf, on le trouve plein de trichines. Bientôt, il survient un œdème de la face et des jambes ; le mouvement fébrile augmente, et les malades succombent à la fin du premier septénaire. Si le malade doit guérir, la fièvre diminue peu à peu, et le malade revient très-lentement à la santé.

Traitement.— Encore nul ; on a proposé le *picronitrate de potasse* et la *benzine ;* le premier médicament est certainement inefficace ; le second n'a pas été suffisamment expérimenté ; l'*acide phénique* devrait être essayé.

Art. III. — Gale.

La gale est une maladie produite par un parasite animal l'*acarus scabiei* Elle est caractérisée par l'éruption de *vésicules* et par des *sillons* sous-épidermiques dans lesquels on rencontre le sarcopte. Les vésicules siégent le plus souvent entre les doigts, au poignet et à la face antérieure de l'avant-bras, sur le ventre, sous les jarrets, dans les plis des aines et aux parties génitales.

Jamais elles n'apparaissent sur la face ou le cuir chevelu, excepté chez les jeunes enfants qui, pendant la nuit, sont comme ensevelis sous leurs couvertures. Cette éruption s'accompagne d'une démangeaison vive, voluptueuse, qui se manifeste principalement le soir et au commencement de la nuit, parce que c'est à cette heure que se promène l'acarus. Quand la maladie a duré très-longtemps, elle se complique d'éruption de pustules et de formation de croûtes, qui rendent quelquefois son diagnostic difficile. Au début elle peut être confondue avec l'eczéma; des vésicules moins pointues, et l'existence du sillon font reconnaître la gale. Ces sillons se présentent sous l'apparence d'une traînée ponctuée, longue de 5 millimètres à 1 ou 2 centimètres, présentant à une de ses extrémités un point rond blanc ou brun : c'est le sarcopte.

Traitement.— Frictions parasiticides par la méthode suivante : friction générale avec le savon noir pendant une demi-heure, bain d'une heure ; friction générale avec une pommade contenant : axonge, 300 gr.; soufre, 50 gr.; sous-carbonate de potasse, 25 gr. On peut remplacer cette pommade par le mélange suivant, qui est plus agréable : glycérine 200 gr.; essence de menthe ou de lavande, 4 gr. Il ne faut pas oublier que, pour être promptement et sûrement efficace, la *friction doit être générale.*

CHAPITRE II

PARASITES VÉGÉTAUX

Les parasites végétaux qui peuvent être considérés comme la cause de maladies distinctes, sont : le *trichophyton* qui produit, suivant son siége : l'*herpes circiné* ; l'*herpes tonsurans* et le *mentagre* ; l'*achorion Schaœnleiuii*, principe de la *teigne faveuse* ; le *microsporon Audouini*, producteur de la *teigne pelade* ; le *microsporon furfur*, cause du *pityriasis versicolor.*

Herpès circiné. — Cette affection est caractérisée par un groupe de vésicules extrêmement petites, disposées en cercle, et circonscrivant un espace de peau restée saine ; ces vésicules sont quelquefois remplacées par des papules ; rarement, ces vésicules sont suivies de croûtes, mais plutôt d'une desquamation furfuracée. L'affection suit dans son développement une marche excentrique, c'est-à-dire qu'elle s'étend à sa circonférence et se guérit au centre.

Traitement.— Les lotions parasiticides hâtent beaucoup la guérison de la maladie qui, du reste, se termine spontanément en 15 ou 20 jours. La meilleure lotion parasiticide s'obtient avec 50 centig. de sublimé sur 500 gr. d'eau. On peut aller jusqu'à 1 gr. de sublimé pour 500 gr. d'eau.

Herpes tonsurans. — Cette affection est caractérisée par l'éruption de vésicules sur le cuir chevelu. Cette éruption est disposée en cercle ; ici le champignon n'occupe pas seulement la peau, il pénètre le cheveu jusqu'à la hauteur de quelques centimètres, et c'est à cette hauteur que les cheveux se cassent assez régulièrement pour imiter parfaitement une tonsure. Cette affection est bien plus tenace que la précédente ; le cryptogame logé dans le bulbe des cheveux y prospère et ne peut pas en être délogé facilement. Le traitement consiste dans l'*épilation* suivie de lotion parasiticide.

Mentagre. — Elle siége dans la barbe, exceptionnellement dans les sourcils ; au début de la maladie, on peut constater des cercles et des festons d'herpès circiné et une desquamation furfuracée, composée en grande partie par la poussière des champignons : bientôt apparaissent des papules surmontées d'une pustule. Cette pustule est toujours traversée par un poil ; c'est là son caractère. L'éruption est d'abord discrète, mais les pustules se multiplient ; les papules grossissent, se réunissent et forment de petits tubercules d'un rouge violacé (sycosis), qui déforment le visage. La mentagre a une durée indéfinie ; elle guérit sur une place et se propage un peu plus loin, la barbe

ne repoussent point dans les endroits qui ont été malades. Le champignon peut se propager aux ongles qui se racornissent et se cassent.

Traitement. — Epilation et lotions parasiticides. Le traitement est long et pénible ; on peut essayer d'abord la pommade avec turbith minéral 1 gr., axonge 50 gr. *Sepia* (2e trituration) à l'intérieur aurait suffi dans quelques cas (Cramoisy).

Teigne faveuse, produite par l'*achorium Schœnleinii*. La teigne faveuse est caractérisée par des croûtes jaunes, couleur de soufre, affectant la forme des godets ou d'alvéoles. Dans certains cas où l'éruption est confluente, cette forme se reconnaît difficilement. Les cheveux se sèchent, se cassent et tombent pour ne plus repousser, et quand la maladie est guérie, après avoir parcouru toutes ses périodes, la place est lisse, rougeâtre, semblable à une cicatrice, et jamais les cheveux n'y repoussent. Cette affection peut se communiquer aux ongles, qui deviennent jaunâtres et cassants. Si elle se développe sur une partie dépourvue de poils, elle guérit spontanément après quinze à vingt jours.

Traitement. — Faire tomber les croûtes avec de l'huile et des cataplasmes ; épiler ; lotions parasiticides.

Teigne pelade. — Elle est produite par le *microsporon Audouini*. Ce champignon se développe par plaque arrondie et détermine la chute des cheveux ou de la barbe ; une calvitie par plaque. La peau reste décolorée, blanchâtre à ces places dépourvues de poil ; d'où le nom de *pelade achromateuse*.

Traitement. — Le même que précédemment.

Pityriasis versicolor. — Il est produit par *microsporon furfur*. Cette affection, connue aussi sous le nom de *taches hépatiques*, se développe sur le cou, la poitrine et les bras ; elle forme des taches jaunâtres plus ou moins étendues. Ces taches jaunes se laissent facilement enlever avec les ongles ; elles se reproduisent et ont une durée indéfinie.

Traitement. — Lotions parasiticides.

ONZIÈME CLASSE

EMPOISONNEMENTS

On donne ce nom aux accidents graves déterminés par l'absorption de certaines substances qui ont reçu le nom de *poisons*. Il y a trois modes d'introduction du poison dans l'économie : les voies digestives, bouche ou rectum ; les voies respiratoires et l'inoculation. L'action des poisons présente des différences en rapport avec les modes d'absorption ; les venins, par exemple, agissent surtout par inoculation. Les *poisons* se divisent en trois catégories : poisons animaux, végétaux et minéraux. On a cherché à les classer par les analogies d'action, mais ces classifications, plus ou moins arbitraires, n'ont pas d'utilité pratique. Nous ne décrirons ici que les accidents graves et ceux qui demandent de prompts secours. Ce qui est au delà appartient à la *matière médicale*, à la *pathogénie* des médicaments. Il faut se souvenir, en effet, que tous les poisons sont des médicaments. La dose seule fait le poison.

Les empoisonnements sont des maladies de *cause externe*, et dans leur première période ils tombent sous l'empire de la loi *contraria, contrariis;* il faut neutraliser le poison par son contraire et l'évacuer. Plus tard, dans sa seconde période, alors que le poison a été éliminé, les empoisonnements se comportent comme les maladies de *cause interne*, et la loi de similitude leur devient applicable.

Les principes que nous venons d'exposer servent de base à toute la thérapeutique des empoisonnements ; il faut donc : 1° reconnaître la nature du poison ; 2° l'évacuer autant que possible ; *sublata causa tollitur effectus* ; 3° le détruire par le caustique ou par le contre-poison chimique ; 4° combattre les accidents dynamiques à l'aide des médications appropriées.

On reconnaît le poison par ses effets sur l'organisme et par ses réactions chimiques. On l'évacue par la succion s'il a été introduit sous la peau ; par les vomitifs et les purgatifs quand

il a pénétré dans les voies digestives ; par des grands mouvements respiratoires quand il a pénétré dans les bronches. On le neutralise par l'antidote chimique. Il y a des cas dans lesquels on ne peut pas s'assurer de la nature du poison. Un chimiste a conseillé alors le mélange suivant, qui correspond aux poisons les plus commune et les plus actifs. Ce mélange contient par parties égales, la *magnésie calcinée*, le *sesquioxyde de fer* et le *charbon pulvérisé*.

Le traitement des effets dynamiques des poisons est extrêmement peu avancé encore. L'application de la loi de similitude a cependant donné déjà de très-heureux résultats. Je citerai pour exemple le traitement de l'empoisonnement de l'opium par la belladone, et *vice versa*. Il reste à vérifier expérimentalement si un empoisonnement peut être combattu avec succès par le poison lui-même à dose infinitésimale.

CHAPITRE PREMIER

EMPOISONNEMENTS PAR LES ANIMAUX

Ces poisons se divisent en deux grandes catégories : les venins et les animaux dont la substance est *toujours* ou est devenue *accidentellement* nuisible.

Les venins sont des produits des sécrétions ; ils sont toxiques seulement quand ils sont inoculés, et n'empoisonnent point, lorsqu'ils sont introduits dans l'estomac. L'action du venin est différente suivant l'animal qui l'a produit. Cette différence porte principalement sur l'intensité des symptômes, qui varie depuis les accidents si fugitifs produits par la piqûre de la guêpe, jusqu'à la mort subite, déterminée par la morsure du crotal. Nous décrirons seulement ici la *morsure de la vipère* et la *piqûre de la guêpe ;* une histoire plus complète des venins appartenant surtout à la pathogénie.

Il sera, du reste, facile d'appliquer au traitement des intoxications par les autres venins ce que nous dirons à propos des deux types que nous avons choisis.

Art. Ier. — Morsure de vipère.

Douleur vive, s'irradiant à tout le membre mordu; gonflement violacé, tenant à la fois de l'œdème et de l'érysipèle, s'étendant graduellement et occupant des régions plus ou moins considérables; sentiment de défaillance, sueurs froides, faiblesse et inégalité du pouls; puis, dans les cas graves, état lipothymique, syncope fréquente, absence du pouls radial. Cet état se prolonge vingt-quatre ou quarante-huit heures, s'accompagne d'ictère, d'ecchymose plus ou moins considérable, et se termine souvent par la mort; quand le malade doit guérir, il survient une réaction le deuxième ou le troisième jour, le pouls se relève, une transpiration plus ou moins abondante s'établit, et le malade guérit.

Traitement. — Placer une ligature entre la morsure et le cœur; sucer ou presser fortement la plaie pour en faire sortir le venin; laver à grandes eaux; cautériser avec le fer rouge; donner tous les quarts d'heure une cuillerée d'eau-de-vie, et un peu de vin pour combattre l'état lipothymique. *Arsenicum* a été généralement conseillé comme le médicament principal. Je l'ai donné à la troisième trituration; une cuillerée toutes les heures. Le Dr Noack a donné avec succès le *lachesis* à la 6e dilution.

Art. II. — Piqure de guêpe.

Douleur vive, rougeur éclatante, petite tuméfactien; chez certaines personnes, état nerveux, anxiété, lipothymie, mouvement fébrile. Quand les piqûres ont été très-nombreuses, la mort peut survenir avec un gonflement énorme et un mouvement fébrile intense.

Traitement. — Retirer l'aiguillon s'il est resté dans la plaie; toucher avec l'acide phénique; s'il survenait des accidents généraux, *apis mellifera* toutes les heures ou toutes les deux heures.

Art. III. — Cantharides.

Les symptômes d'empoisonnement par les cantharides s'observent habituellement par l'ingestion de ce poison dans l'estomac, soit à la suite d'une erreur, soit quand ce médicament a été pris à trop haute dose, comme aphrodisiaque. Sentiment de brûlure; forte soif avec resserrement de la gorge et impossibilité d'avaler; vomissement et diarrhée sanguinolente; douleur atroce dans les reins et la vessie; strangurie, suppression des urines ou urines sanglantes; faiblesse du pouls; refroidissement général; état lipothymique; convulsions avec hydrophobie; mort. On observe très-souvent un satyriasis extrêmement violent, terminé dans certains cas par la gangrène de la verge.

Traitement. — Faire vomir les malades: administrer des boissons mucilagineuses, s'abstenir de lait et d'huile; donner l'esprit de camphre par goutte sur du sucre, tous les quarts d'heure d'abord, puis toutes les heures. Si le malade ne peut avaler, frictions avec le camphre, inhalation camphrée, grands bains tièdes.

Art. IV. — Empoisonnements par les moules, par la chair et les œufs de certains poissons.

Sentiment d'étouffement, douleur d'estomac, soif ardente, vomissements; sensation de gonflement de la tête et des yeux. Dans les cas plus graves, gonflement de la langue, suffocation, délire, catalepsie, convulsions, pouls petit, sueurs froides lipothymie; éruption générale d'urticaire, quelquefois évacuations cholériformes.

Traitement. — Faire vomir; administrer l'éther, l'eau-de-vie, l'esprit de camphre ou l'eau vinaigrée. Le camphre est le meilleur antidote.

CHAPITRE II

EMPOISONNEMENTS PAR LES VÉGÉTAUX

Art. Ier. — Empoisonnements par les alcools.

Les liqueurs alcooliques produisent un empoisonnement aigu, l'*ivresse* et une intoxication chronique : l'*alcoolisme*.

Ivresse. — Elle présente trois degrés. Dans le premier degré, toutes les facultés sont excitées, les fonctions sont plus actives; c'est la période d'*excitation* ou de *gaieté alcoolique*.

Dans le degré plus avancé les fonctions sont troublées: divagation, démarche chancelante et mal assurée, vomissements fréquents qui soulagent.

Dans le plus haut degré de l'ivresse: abolition de la connaissance, de la sensibilité et du mouvement; stertor, état apoplectiforme ; les empoisonnés sont *ivres-morts*. Cet état peut en effet se terminer par la mort; le plus souvent par le même mécanisme que dans l'hémorrhagie cérébrale, quelquefois subitement, par une syncope. Mais habituellement tous ces symptômes se dissipent après un sommeil de douze à vingt-quatre heures.

Dans des cas très-rares, l'alcool a tué subitement, sans ivresse préalable, par une syncope analogue à celle qui amène quelquefois la mort subite pendant l'éthérisation.

Les symptômes de l'ivresse varient avec les boissons alcooliques et avec les dispositions individuelles. Les vins, surtout les vins légers, donnent une ivresse gaie et sans souffrance; l'eau-de-vie et les vins très-alcooliques produisent une ivresse triste, taciturne, avec céphalalgie et somnolence. C'est surtout avec ce genre de boissons que se produisent les accidents graves du troisième degré. L'ivresse de la bière est aussi fort pénible et se complique de vomissements et d'accidents gastriques ; l'absinthe produit des excitations tapageuses toutes spéciales.

Suivant les dispositions individuelles, l'ivresse est gaie, triste, douce, sentimentale, turbulente, furieuse, méchante

Chez les prédisposés, les alcools développent des impulsions maladives, impulsions au meurtre, à l'incendie, au viol, au suicide. L'ivresse est très-facile chez certaines personnes; d'autres sont au contraire complètement réfractaires; l'état de grossesse, l'hystérie, produisent quelquefois cette immunité.

Les cadavres de ceux qui ont succombé à l'empoisonnement aigu par les alcools exhalent une odeur alcoolique caractéristique; l'alcool se retrouve en nature dans le sang et dans les viscères, principalement dans le foie et dans le cerveau; le sang présente un grand nombre de globules graisseux. En outre, on rencontre les lésions de la congestion cérébrale la plus avancée et très-souvent une hémorrhagie méningée.

Traitement.— Les inhalations ammoniacales suffisent habituellement pour dissiper les symptômes de l'ivresse; on peut encore administrer une potion avec 20 gouttes d'ammoniaque liquide. Le *café noir* combat aussi les souffrances produites par l'ivresse. Dans les cas graves il faut provoquer les vomissements, et si l'estomac ne répond pas aux vomitifs, retirer le liquide alcoolique à l'aide de la pompe stomacale; ensuite on combat les symptômes apoplectiformes par l'opium; si les dilutions sont insuffisantes, il faut administrer des doses massives. Dans les cas où l'asphyxie était imminente, on a retiré de bons effets de l'application du *marteau de Mayor*, de la respiration artificielle et même de la *trachéotomie*. Les ablutions froides sur la face et sur la tête rendent aussi quelques services.

Alcoolisme.—Ce mode d'empoisonnement se produit surtout chez les individus qui boivent habituellement de grandes quantités d'alcool sans s'enivrer. Les premiers symptômes ont un léger tremblement des mains, une anorexie incomplète et des troubles du sommeil. Plus tard le tremblement gagne les avant-bras, les pieds, les jambes, la langue et la face; en même temps se manifestent un affaiblissement notable de la contractilité musculaire et une paralysie incomplète de la sensibilité, caractérisée surtout par des fourmillements. Ces four-

millements sont continuels, envahissants, et toujours plus marqués aux membres supérieurs.

Les sens spéciaux, après une excitation passagère, subissent une diminution notable dans leur énergie et des troubles divers dont les principaux sont des *hallucinations* qui revêtent toujours un caractère terrifiant. Le sommeil est de plus en plus incomplet et troublé par des cauchemars; en même temps les fonctions digestives se détériorent de plus en plus; l'anorexie est complète; la soif vive. Chez les buveurs de vin blanc, d'eau-de-vie et de bière, la *pituite* fait son apparition; elle est caractérisée par des vomissements de glaires ou de bile qui ont lieu chaque matin.

A ce moment de l'alcoolisme, les malades sont souvent atteints de folie, d'épilepsie et d'accidents variés, sur lesquels nous allons revenir, après avoir terminé la description de l'empoisonnement chronique par l'alcool.

La mémoire se perd, les facultés intellectuelles se dégradent, le caractère devient abject; le tremblement et la paralysie générale arrivent au point de forcer les malades à garder le lit; l'amaigrissement, la diarrhée, les abcès, les gangrènes viennent terminer la scène, comme dans la démence essentielle.

Dans l'alcoolisme avancé, les dégénérescences du cœur et des artères amènent des troubles cardiaques divers et quelquefois la rupture du cœur. Un accident plus fréquent est l'apoplexie déterminée par hémorrhagie ou par ramollissement; l'une et l'autre lésion étant dues à l'altération des tuniques artérielles. Un certain degré d'alcoolisme favorise l'embonpoint, soit que l'alcool serve à l'alimentation (aliment respiratoire), comme on l'a cru longtemps, soit qu'éliminé en totalité, il ne fasse que retarder la désassimilation. Un résultat funeste de l'alcoolisme à un degré même peu avancé, c'est de détruire la résistance vitale, en sorte que les maladies deviennent très-meurtrières dans cette catégorie d'individus.

Indépendamment des troubles produits par l'alcoolisme chez presque toutes les personnes soumises à cette intoxication, l'alcool est une cause très-puissante d'un certain nombre de maladies; ce sont: la folie, la paralysie générale, la démence, la

chorée, l'épilepsie, la gastrite chronique, la cirrhose, la maladie de Bright. Ces maladies présentent, mêlés aux symptômes qui leur sont propres, les symptômes de l'alcoolisme. Ainsi la folie, développée chez les ivrognes, a pour caractère les hallucinations terrifiantes, l'anorexie et le tremblement des membres. La plupart des auteurs décrivent une folie, une épilepsie, une démence et une paralysie générale alcooliques. Nous croyons qu'il suffit de savoir que l'alcoolisme conduit à ces maladies et leur imprime un cachet spécial : le mélange des symptômes de l'alcoolisme avec ceux de la folie, de l'épilepsie, etc.

Traitement. — Le traitement de l'alcoolisme chronique est peu avancé et peu efficace. La première condition est la cessation *graduelle* des alcools. *Opium*, *nux vomica*, *belladona*, *arsenicum*, *lachesis* sont les médicaments indiqués par les symptômes.

Opium est indiqué par l'état apoplectiforme avec pouls lent, face rouge, stertor, pupille contractée ; ou bien par délire avec fureur ; hallucinations effrayantes; envie de s'enfuir, typhomanie: tremblement des membres et tressaillement des muscles de la face.

Belladona, délire, hallucination avec visions d'animaux;parole embarrassée ; sourire continuel ; mouvement fébrile intense ; pupille dilatée.

Nux vomica, affection gastrique de l'alcoolisme ; *pituites* avec constipation et ténesme rectal, dyspepsie et gastralgie ; elle convient aussi contre le *délire* avec hallucination effrayante et envie de s'enfuir.

Arsenic, affection gastro-intestinale ; pituite avec diarrhée ; tremblement des membres.

Lachesis pour le délire avec hallucination, mais principalement pour la faiblesse et le tremblement des mains.

L'*huile empyreumatique*, qui s'obtient par la distillation des solanées et qui se trouve en quantité notable dans l'eau-de-vie de pomme de terre, a été employée avec succès par Magnus Huss. C'est là une application de la loi de similitude.

Art. II. — Empoisonnements par les champignons.

C'est un des plus fréquents et des plus graves, la mort arrive par paralysie du cœur. — Douleurs à l'épigastre; vomissements spontanés ; malaise, état lipothymique ; refroidissement général et sueurs froides, souvent crampes dans les membres, état cholériforme, délire ; souvent convulsions, puis coma et mort. Quelquefois la somnolence et le coma apparaissent d'emblée, sans être précédés d'évacuations.

Traitement.— Favoriser les vomissements par de l'eau tiède; le sel administré à la dose d'une cuillerée dans un verre d'eau agit comme éméto-cathartique ; éviter les acides, l'éther et les alcools, jusqu'à ce que tous les champignons soient évacués ; le café noir en grande quantité est un des meilleurs contre-poisons ; le camphre répond au refroidissement général et à l'état lipothymique. On pourrait, contre les accidents consécutifs, administrer *agaricus*.

Des expériences répétées ont démontré que l'*atropine* était la substance qui possédait au plus haut degré le pouvoir de restituer au cœur ses mouvements quand il avait des paralysies par la fausse oronge (agaricus muscarius). Belladone et atropine constituent donc le véritable antidote des champignons vénéneux ; les doses massives et même les injections sous-cutanées d'atropine devront être employées dans les cas graves.

Art. III. — Empoisonnement par les solanées vireuses.

Délire, hallucinations vives et multiples, convulsions ; sécheresse de la gorge, dilatation énorme des pupilles ; éruptions diverses, coma ultime.

Traitement.— Evacuer le poison, administrer la *solution iodurée* de Bouchardat : iodure de potassium, 40 centigrammes ; iode, 30 centigrammes ; eau, 1 litre à boire par demi-verre : efficace dans tous les empoisonnements par un alcali végétal.

Plus tard, opium à haute dose, jusqu'à ce que la pupille se resserre. M. Teste affirme avoir obtenu de très-beaux effets avec opium, 6e dilution,

Art. IV. — Empoisonnement par l'opium.

Souvent vomissements spontanés, état apoplectique stertor, pouls grand et lent, pupilles resserrées, convulsion tétanique. A dose moins forte, délire et hallucination.

Traitement. — Evacuer le poison, administrer la *solution iodurée*, puis la belladone, jusqu'à ce que la pupille se dilate. Le café noir et les acides constituaient autrefois tout le traitement de l'empoisonnement par l'opium.

Art. V. — Empoisonnement par les ombellifères.

Habituellement cet empoisonnement a lieu par l'usage de la *petite ciguë*, prise pour du persil. Les enfants mangent quelquefois la racine de l'*æthusa cynapium*, qu'il confondent avec la racine du panais.

Les signes de l'empoisonnement sont le vertige, la cardialgie les nausées, des efforts et des vomissements extrêmement douloureux ; la soif, le trismus et le tétanos, les convulsions éclamptiques, le délire et le coma ; d'autres fois, l'état lipothymique et le ralentissement du pouls.

Traitement. — Faire vomir, administrer la solution iodurée, combatte les symptômes par l'opium, la belladone ou le camphre, suivant les cas.

Art. VI. — Empoisonnement par l'acide cyanhydrique et l'eau de laurier-cerise.

Quand la mort n'est pas immédiate, on observe : état apoplectique avec respiration stertoreuse, pouls petit et fréquent, pupilles dilatées, trismus, écume sanguinolente, quelquefois convulsions.

Traitement. — Faire respirer l'ammoniaque, mais surtout le chlore ; compresse *schloro-vinaigrées*. C'est un sachet rempli de chlorure de chaux, que l'on trempe dans du vinaigre et que l'on place sous les narines du malade ; affusion froide sur la colonne vertébrale ; ensuite l'*opium* à haute dose pourrait peut-être rendre des services.

Art. VII. — Empoisonnement par le camphre.

Sentiment de légèreté, pouls faible, lipothymie, face pâle, refroidissement général avec sueur froide ; somnolence et coma. Avec de moindres doses: face rouge, mouvement fébrile marqué; strangurie et excitation vénérienne ; d'autres fois et plus communément, frigidité complète.

Traitement. — Evacuer le poison ; on indique, comme contre-poison, l'*opium* et le *café!* Nous croyons que la *cantharide* doit exercer une action antidotaire énergique ; l'expérience indiquera la dose la plus convenable.

Art. VIII. — Empoisonnement par la noix vomique et la strychnine.

Accès tétaniformes ; asphyxie par convulsion tonique des muscles respiratoires, injection et fixité des yeux, marche des accidents par accès.

Traitement. — Faire vomir avec émétique ou eau salée ; administrer la solution iodurée; on a obtenu des succès avec le chlore et avec les inhalations de *chloroforme ; opium* est aussi indiqué.

Art. IX. — Ergotisme.

On a réuni sous ce nom l'empoisonnement par l'*ergot de seigle* et l'empoisonnement par la *niel* et l'*ivraie ;* le premier produit *l'ergotisme gangréneux*, et l'autre l'*ergotisme convulsif.*

Ergotisme gangréneux. — Malaise, courbature, tristesse, sentiment de fourmillement dans les jambes, céphalalgie habituelle, puis douleur dans les jambes ; ces douleurs deviennent de plus en plus vives en se fixant sur les parties qui doivent se gangréner. Gangrène sèche ou humide des extrémités, quelquefois de tout un membre ; taches gangréneuses, hémorrhagie et purpura.

Traitement.. — Très-mal connu. *China*, *lachesis* et *secale cornutum* lui-même sont indiqués par les symptômes.

Ergotisme convulsif. — Après des malaises assez mal définis et une céphalalgie persistante, éclatent les convulsions ; elles reviennent par accès, sont alternativement *cloniques* et *toniques;* ces dernières finissent par persister ; elles maintiennent les membres dans une flexion exagérée ; roideur tétanique du tronc ; trismus, affaiblissement de la vue, asphyxie, collapsus et mort. Quelquefois, il existe une diarrhée plus ou moins abondante.

Traitement. — *Nux vomica* est indiqué par l'ensemble des symptômes. Dans les crises convulsives, le *chloroforme* en inhalations rendrait des services.

Art. X. — Empoisonnement par le veratrum.

Cet empoisonnement a surtout lieu à la suite de l'administration de la *vératrine*, il détermine des symptômes très-analogues au choléra.

Traitement. — Eau iodurée et camphre.

L'empoisonnement par le *colchique* réclame le même traitement.

CHAPITRE III

EMPOISONNEMENT PAR LES MINÉRAUX

Art. Ier. — Empoisonnement par les acides.

Les trois acides *sulfurique*, *nitrique* et *chlorhydrique*, *le bleu en liqueur* sont les agents ordinaires de ces empoisonnements.

Les symptômes communs sont : une douleur atroce; une brûlure de la bouche et de l'œsophage ; la coloration noire des lèvres pour l'acide sulfurique, jaune pour l'acide nitrique, rouge pour l'acide chlorhydrique; des vomissements qui colorent en rouge la teinture de tournesol et bouillonnent sur le carreau ; la diarrhée ; la soif; les sueurs froides ; la face livide; le délire et le coma. Quelquefois les accidents sont moins intenses, mais les malades succombent aux suites de la gastrite.

Traitement.— Pas de vomitif. *Magnésie hydratée* en excès ou, à son défaut, *eau de savon;* plus tard, *bicarbonate de soude*, lorsque l'acide a pénétré dans le sang.

La gastrite consécutive qui fait périr tant de malades sera combattue par *nux vomica*, *arsenic* et surtout *phosphorus*. Pour les détails se reporter aux *affections* de *l'estomac*.

Art. II. — Empoisonnement par les alcalis et leurs sels.

Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux occasionnés par les acides. Les différences sont: une saveur urineuse, des convulsions violentes ; les matières vomies sont savonneuses ; elles verdissent par le sirop de violette, et ramènent au bleu la teinture de tournesol rougie par les acides.

Traitement. — Contre-poisons chimiques ; les acides végétaux, vinaigres, citron, acide tartrique. Pour les sels de *baryte*, c'est le sulfate de soude et de magnésie: pour le *foie de soufre*, l'eau chlorée, une cuillerée de chlore liquide par verre d'eau ;

les acides sont dangereux dans ces cas, parce qu'ils dégagent l'acide sulfhydrique. L'*ammoniaque* et le *nitrate de potasse* n'ont pas de contre-poison chimique; il faut évacuer le poison et traiter les accidents consécutifs, c'est-à-dire ceux de la gastrite et de la perforation de l'estomac.

Art. III. — Empoisonnement par les sels de mercure.

C'est habituellement le *sublimé* qui est l'agent dans ces empoisonnements, soit qu'il ait été administré directement, soit qu'un autre sel se soit transformé en sublimé dans l'estomac du malade.

Nous rappellerons que la caractéristique de l'empoisonnement aigu par le mercure sont les symptômes d'inflammation de la bouche, de salivation et de dysentéric.

Traitement.—L'*eau albumineuse* forme un précipité insoluble et inoffensif. Avec le sublimé, il ne faut pas donner l'albumine avec excès; parce que le précipité se dissoudrait. — Le *lait* est très-favorable. — Le contre-poison est le *protosulfate de fer hydraté*. Pour le *cyanure de mercure* il faut ajouter la *magnésie calcinée*. La *stomatite mercurielle* est traitée avec avantage par des applications d'un collutoire avec le miel rosat et l'acide chlorhydrique dans la proportion de: acide chlorhydrique, 1 gr.; miel rosat, 50 gr.; eau, 200 gr.

Les accidents consécutifs et les accidents d'empoisonnement lent, la *cachexie*, les *tremblements* indiquent principalement *iodium*, *hepar sulfuris* et *ferrum*. *Opium* à dose massive a rendu des services, comme il en rend dans l'alcoolisme chronique, qui a tant de points de ressemblance avec l'empoisonnement lent par le mercure.

Art. IV. — Empoisonnement par l'arsenic.

C'est l'un des plus fréquents; les symptômes varient avec la quantité du poison. Nous renvoyons à la *pathogénésie* pour

l'étude de ces symptômes. Rappelons seulement que l'empoisonnement aigu, celui dont il importe de porter le diagnostic immédiat, ressemble beaucoup au choléra. L'analyse chimique fait reconnaître facilement l'arsenic dans les matières des déjections.

Traitement. — *Contre-poison chimique*, l'hydrate de persulfure de fer en gelée, administré à la dose énorme d'un demi-kilogramme ; il est bon d'y joindre la *magnésie calcinée;* le poison étant neutralisé autant que possible, on combattra les symptômes cholériformes par les moyens appropriés et principalement par le *veratrum* et le *carbo vegetabilis.*

L'empoisonnement chronique demande, suivant ses symptômes : *hepar sulfuris*, *ferrum.*

Art. V. — Empoisonnement par le cuivre.

Mêmes symptômes que les précédents; les coliques sont plus douloureuses et les crampes sont plus fréquentes. Une aiguille d'acier plongée dans le liquide qui a servi à l'empoisonnement se recouvrira d'une couche de cuivre, si on a acidifié ce liquide.

Traitement. — L'*eau albumineuse*, huit blancs d'œuf dans un litre d'eau , est le contre-poison le plus commode ; la *magnésie calcinée* et le *protosulfure de fer* ne viennent qu'en seconde ligne parce qu'il est plus difficile de se les procurer promptement.

Traitement consécutif ; suivant les symptômes.

Art. VI. — Empoisonnement par les sels d'or, d'argent, de platine, d'étain, de bismuth.

Ils sont très-rares, excepté celui par le nitrate d'argent qui a été occasionné bien des fois par la funeste habitude que certains médecins ont conservée de porter le crayon de nitrate d'argent dans la gorge des malades. Ce crayon s'est détaché plusieurs fois et est tombé dans l'estomac.

Traitement. — Eau albumineuse, lait, protosulfure de fer. Le nitrate d'argent trouve son antidote chimique dans une forte solution de sel de cuisine. Dans la colique de zinc on a employé l'opium avec succès.

Traitement consécutif, suivant les symptômes.

L'empoisonnement par les *antimoniaux* demande comme contre-poison chimique les substances riches en tannin : décoction de noix de galle, d'écorce de chêne ou de marronnier; le quinquina.

Art. VII. — Empoisonnement par le plomb, intoxication saturnine.

Les ouvriers qui préparent la céruse, le minium, ou qui emploient ces sels, comme les broyeurs de couleurs, les peintres, les potiers, sont les victimes habituelles de l'intoxication saturnine; l'usage du vin, dont on a détruit l'acidité à l'aide de la litharge, de cidre, d'eau préparée ou conservée dans des vaisseaux en plomb, sont encore une des sources de cette intoxication. D'autres fois, on a beaucoup de peine à retrouver la cause de l'empoisonnement. Chez un certain nombre de couturières, l'action de couper avec les dents de la soie imprégnée d'un sel de plomb a suffi pour déterminer l'empoisonnement. Un homme a présenté des accidents graves, parce qu'il avait contracté l'habitude de mâcher des grains de plomb de chasse.

Les plus petites doses longtemps répétées suffisent, suivant Mialhe, pour produire l'intoxication saturnine.

I. Forme aigue. — Elle s'observe surtout dans les cas où les malades ont fait usage de boissons contenant des sels de plomb ou chez des enfants qui avaient mangé une grande quantité de pains à cacheter ou de bonbons colorés en jaune avec le chromate de plomb, ou qui avaient sucé et mâché des cartes de visites.

Cet empoisonnement est caractérisé par la succession rapide des coliques et de l'encéphalopathie saturnine. Les douleurs sont extrêmement vives; elles siégent dans le ventre et dans

l'estomac; elles s'accompagnent de vomissements, et, quand la dose du poison a été considérable, d'une diarrhée très-fréquente. Les convulsions et le coma surviennent plus ou moins rapidement, et la mort a souvent lieu au bout de quelques heures.

II. Forme commune.—L'inappétence, l'anémie avec une teinte jaunâtre des téguments (ictère saturnin); une constipation opiniâtre sont les premiers symptômes de l'intoxication saturnine. En même temps il survient un ptyalisme plus ou moins fort; la langue est blanche, l'haleine fétide, les gencives sont usées sur les bords, quelquefois saignantes; elles présentent presque toujours un liséré bleuâtre plus ou moins large, dû à un sulfure de plomb. Ce liséré devient blanc si on passe sur les gencives un linge imbibé d'acide sulfurique étendu d'eau. Le pouls est ordinairement ralenti, et l'amaigrissement est plus ou moins considérable.

Après un temps variable, le malade est pris de *coliques*. Ces coliques siégent à l'ombilic ou un peu au-dessus, présentent des paroxysmes extrêmement violents, pendant lesquels la douleur se propage souvent aux lombes et aux parties génitales; le ventre s'excave; le rectum se contracte; le malade s'agite; il est tourmenté de crampes dans les membres; souvent il se couche sur le ventre parce qu'une pression large et forte calme les coliques. En même temps, surviennent des nausées, des vomissements bilieux; la constipation est très-opiniâtre.

Si ces symptômes ne sont pas traités, ils se prolongent indéfiniment et amènent des accidents graves d'*encéphalopathie*, d'*arthralgie* et de *paralysie*. La mort peut alors arriver, soit par des accidents cérébraux violents, soit par une véritable cachexie dans laquelle on observe la lésion rénale et les symptômes de la sclérose du rein; néanmoins il faut savoir que, chez un certain nombre de malades, les accidents sont très-bénins et disparaissent spontanément après quelques jours ou quelques semaines de durée.

Encéphalopathie saturnine. — Ces accidents peuvent sur-

venir sans avoir été précédés de coliques ; ils se présentent sous trois aspects différents : le *délire saturnin*, les *convulsions*, le *coma*.

Le *délire* est habituellement furieux ; s'il résiste au traitement il se termine tantôt par le coma, tantôt par une mort subite en plein délire.

Les *convulsions* connues sous le nom d'*épilepsie saturnine* ressemblent tout à fait à l'éclampsie. Les malades succombent, tués par le mécanisme décrit à propos de cette maladie.

Quelquefois les malades tombent directement dans le *coma*. C'est une somnolence de plus en plus profonde et qui se termine souvent par la mort.

La durée des accidents cérébraux est habituellement fort courte ; un demi-septénaire à un septénaire ; cependant les malades peuvent être enlevés en quelques heures ; dans le délire saturnin, la vie peut se prolonger jusqu'au dix-septième jour.

Arthralgie saturnine. — Ce sont des douleurs dans la continuité des membres ; elles augmentent par le mouvement, diminuent par la pression, et ne présentent pas le trajet limité et les points douloureux propres aux névralgies.

La douleur présente des paroxysmes et des rémissions. Pendant les paroxysmes on observe des contractions musculaires sous forme de crampes. Ces douleurs fréquentes, surtout chez les ouvriers qui emploient ou préparent le minium, ont une durée indéterminée quand elles ne sont pas traitées, et se terminent souvent par la paralysie.

Paralysie saturnine. — Elle siége sur un certain nombre de muscles qui sont, par ordre de fréquence, les extenseurs de la main et des doigts, les extenseurs du pied, les muscles du larynx et de la langue. Cette paralysie s'accompagne de la perte de la contractilité électrique et est bientôt suivie de l'atrophie et de la dégénérescence graisseuse ; elle est plus rebelle que les autres accidents saturnins ; sa durée est toujours fort longue ; elle amène la déformation des jointures par la prédominance

de l'action des muscles antagonistes et elle accompagne presque toujours la cachexie saturnine.

Traitement. — Les accidents aigus réclament la neutralisation chimique et l'évacuation du poison. Quand on est appelé à temps, la limonade sulfurique sera administrée abondamment, et on favorisera les selles et les vomissements. *Opium* est le médicament indiqué par la tradition et par la pathogénésie contre les accidents d'encéphalopathie.

Dans la *colique de plomb*, le traitement qui compte le plus de succès est celui dit *de la Charité;* ce traitement se compose de purgatifs violents et d'opium à haute dose. A l'hôpital Beaujon, j'ai vu Tessier traiter la colique de plomb par *sulfur* (t. m.). Ce médicament était administré à la dose de 5 gouttes dans une potion, et 5 gouttes dans un lavement. *Opium* est toujours le médicament principal dans les accidents cérébraux produits par l'empoisonnement saturnin ; on l'administre à la 6e dilution, une dose toutes les heures, ou plus souvent si les accidents sont pressants. *Belladona*, *æthusa*, *coriaria*, le *chloroforme* et les autres médicaments de l'éclampsie sont aussi indiqués.

La *paralysie saturnine* demande *nux vomica* et principalement l'électricité localisée. Néanmoins, il ne faut pas négliger, pendant ce temps, l'intoxication générale, et il faut administrer incessamment *sulfur*, qui est le médicament principal de cette intoxication. *Iodium* et *kali hydriodicum* sont, après *sulfur*, les meilleurs contre-poisons.

Art. VIII. — Empoisonnement par le phosphore.

Depuis l'invention des allumettes chimiques, cet empoisonnement est assez fréquent. Voici ses principaux symptômes : douleur de brûlures à l'estomac, nausées, vomissements, éructations, quelquefois phosphorescentes. Si la dose n'a pas été excessive, il y a habituellement une suspension de plusieurs jours dans la marche des accidents, puis la fièvre reparaît avec adynamie, hémorrhagies multiples, ictère et mort dans un état très-analogue à celui de l'ictère malin, après une réaction incomplète.

Traitement. — Contre-poisons chimiques : magnésie hydratée et bicarbonate de soude ; plus tard *lachesis* et peut-être *phosphorus*.

Art. IX. — Empoisonnement par le chlore.

Resserrement de la poitrine, toux incessante, crachement de sang, laryngite.

Traitement. — Eau légèrement ammoniacale.

Art. X. — Empoisonnement par l'iode.

Ardeur du pharynx et de l'estomac; nausées, vomissement de matières tachées de jaune, bleuissant par l'amidon et les fécules ; coryza.

Traitement. — Eau chargée d'amidon ou de fécule quelconque.

Art. XI. — Empoisonnement par le gaz hydrogène sulfuré.

C'est l'empoisonnement par le gaz des fosses d'aisances ; les ouvriers appellent cet empoisonnement le *plomb*. Le plus souvent les malades tombent foudroyés ; la face est livide ; la bouche écumeuse ; le corps refroidi ; le pouls irrégulier ; on observe quelquefois du délire et des convulsions.

Quand les accidents ne sont pas foudroyants, les malades éprouvent d'abord une céphalalgie violente avec douleur à l'estomac et arthralgie.

Traitement. — Celui que nous décrirons à propos de l'asphyxie ; et de plus respiration de *chlore*. On se procure le chlore gazeux à l'aide d'une solution de chlorure de soude, ou avec le chlorure de chaux sur lequel on verse du vinaigre. (Voir compresse chlorée, page 505.) L'*eau de Javelle*, qui est un chlorure de potasse, peut servir de contre-poison ; on activera le dégagement du chlore en ajoutant quelques gouttes de vi-

naigre. Si l'empoisonnement a été causé par l'ingestion d'*eau de Baréges* ou par la solution de *foie de soufre*, il faut faire vomir avec l'eau tiède; s'abstenir d'émétique, de sel de cuivre ou de zinc; administrer l'eau chlorée, le sucre et surtout la solution de 10 grammes de persulfate de fer dans un litre d'eau.

DOUZIÈME CLASSE

ASPHYXIE

L'asphyxie est la mort apparente déterminée par la suspension des phénomènes chimiques de la respiration. Le *sang noir* cesse d'être transformé en *sang rouge*, et les organes pénétrés par le sang non oxygéné cessent plus ou moins rapidement leurs fonctions. La suspension des phénomènes chimiques de la respiration a lieu par deux mécanismes différents : ou bien l'air cesse de pénétrer dans le poumon, *submersion*, *strangulation*, *pendaison* : ou bien ce sont des gaz non respirables, *acide carbonique*, gaz d'éclairage, qui pénètrent dans le poumon.

Les asphyxies présentent des symptômes communs et des phénomènes propres à chaque mode d'asphyxie.

Symptômes communs. — 1° Asphyxie rapide. — Perte complète de la connaissance et du mouvement; la sensibilité s'éteint graduellement des extrémités à la tête; la pupille reste le dernier point excitable; pouls fréquent et petit, puis complétement absent; refroidissement graduel du corps, teinte violacée de la face et des extrémités, mais principalement des lèvres; vergetures.

2° Asphyxie lente. — Malaises; céphalalgie; vomissements; délire; suppression plus ou moins lente de la connaissance, du mouvement, de la sensibilité, puis des fonctions de la vie végétative.

1° *Symptômes propres à la submersion.* — Refroidissement rapide du corps qui se met en équilibre avec l'eau dans laquelle il est plongé; pénétration d'une certaine quantité d'eau dans les voies respiratoires.

Complications. — La peur, l'impression du froid déterminent quelquefois des phénomènes de syncope qui rendent la mort beaucoup plus prompte.

2° *Symptômes propres à l'asphyxie par strangulation et par suspension.* — Congestion énorme de la tête et de la face; érection et éjaculation. Complications, fracture et luxation des vertèbres qui rendent la mort beaucoup plus prompte.

3° *Symptômes propres à l'asphyxie par gaz non respirables.* — Cette asphyxie est produite par le dégagement de l'acide carbonique provenant du charbon en combustion; ou par la fermentation alcoolique; le dégagement d'acide carbonique produit par les fleurs. Les fuites de gaz d'éclairage sont une source moderne d'asphyxie par gaz délétères. Céphalalgie; malaise; état fébrile; évacuation des matières fécales et des urines.

Traitement. — *Indications générales.* — Deux indications se présentent : faire pénétrer de l'air dans les poumons, réveiller la sensibilité éteinte par le contact du sang noir. Cette seconde indication est la plus urgente; tant que l'excitabilité n'est pas rétablie, la pénétration de l'air dans le poumon est inutile. Deux moyens principaux servent à réveiller la sensibilité éteinte : une douche d'eau glacée sur la colonne vertébrale, l'application du *marteau de Mayor* sur la région du cœur. Si on n'a pas d'eau bouillante pour chauffer le marteau, la cire à cacheter, un morceau de fer rouge, une pipe fortement chauffée pourrait être employée; mais le marteau de Mayor est le moyen le plus énergique. On sait que c'est un marteau plongé dans l'eau bouillante, jusqu'à ce qu'il soit en équilibre de température; son contact produit une douleur bien supérieure à celle du fer rouge.

En même temps on cherche à faire pénétrer l'air dans la poitrine par la *respiration artificielle.* La pression rhythmique des côtes et de l'abdomen produit l'expiration et l'inspiration; l'insufflation de l'air dans la bouche ou dans le larynx à l'aide du *tube laryngé*, doit être faite dans l'intervalle des pressions et dans le temps qui correspond à l'inspiration; avec le tube laryngé il faut que l'insufflation soit très-douce, sans cela on produit la rupture des vésicules pulmonaires et l'emphysème.

Soins particuliers aux divers genres d'asphyxie. — 1° *Pour les noyés.* — Les coucher sur le côté, débarrasser l'arrière-gorge de l'écume qui peut l'oblitérer, titiller la luette. Réchauffer le malade par des couvertures chaudes et des bouteilles d'eau bouillante.

2° *Strangulation et suspension.* — Couper les liens, ouvrir la jugulaire, coucher le malade la tête très-élevée.

3° *Gaz non respirables.* — Ici la douche d'eau froide est surtout applicable; friction des tempes avec du vinaigre, respiration de l'acide acétique.

Nous n'avons pas parlé de la *faradisation* appliquée au muscle diaphragme et de la trachéotomie qui ont rendu de véritables services.

Nous rappellerons en terminant qu'il faut persévérer très-longtemps dans l'application des moyens indiqués et qu'il y a des exemples d'asphyxiés rappelés à la vie après huit heures de soins d'abord infructueux. Un second point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le médecin doit continuer ses soins à l'asphyxié plusieurs heures après qu'il est revenu à la vie; parce que le retour des accidents est encore très-facile.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER

Pages.

PRÉFACE V

Plan du livre 1

Prolégomènes 3

PREMIÈRE CLASSE. — **MALADIES CONSTITUTIONNELLES** ... 10

CHAP. I. — **Goutte** 10

Description, 10. — Division, 11. — Anatomie pathologique, 19. — Etiologie, 19. — Traitement 20

CHAP. II. — **Rhumatisme** 25

Description, 25.—Définition, 25.—Division, 25.—Anatomie pathologique, 29. — Etiologie, 29. — Traitement 30

CHAP. III. — **Maladie hémorrhoïdaire** 32

Division, 32. — Anatomie pathologique, 36. — Etiologie, 37. — Traitement 37

CHAP. IV. — **Dartre** 40

Division, 41. — Etiologie, 43. — Traitement 44

CHAP. V. — **Syphilis** 45

Division, 45. — Traitement 53

CHAP. VI. — **Scrofule** 55

Définition, 55. — Division. 55. — Anatomie pathologique, 59. — Etiologie, 61. — Traitement 62

DEUXIÈME CLASSE. — **DIATHÈSES** 66

CHAP. I. — **Cancer** 66

Définition, 66. — Division, 66. — Forme commune, 67. — Anatomie pathologique, 74. — Forme aiguë, 76. — Anatomie pathologique, 77. — Forme chronique, 77. — Forme bénigne, 78. — Anatomie pathologique, 79. — Etiologie, 80. — Traitement 80

CHAP. II. — **Diathèse purulente** 83

Définition, 83. — Division, 83. — Anatomie pathologique, 88. — Etiologie, 89. — Traitement 90

CHAP. III. — **Diathèse épithéliale** 92

Etiologie, 92. — Traitement 93

TROISIÈME CLASSE. — **CACHEXIES** 94

CHAP. I. — **Chlorose** 94

Division, 95. — Anatomie pathologique, 98. — Récidive, 99. — Etiologie, 100. — Traitement 101

CHAP. II. — **Diabète** 108

Division, 108. — Etiologie, 114. — Traitement 115

Chap. III. — **Maladie de Bright** 117
Définition, 117. — Anatomie pathologique, 123. — Etiologie, 124. — Traitement 124
Chap. IV. — **Néphrites interstitielles** 125
Anatomie pathologique, 128. — Etiologie, 129. — Traitement 129
Chap. V. — **Rachitisme** 131
Anatomie pathologique, 135. — Etiologie, 136. — Traitement 136
Chap. VI. — **Scorbut** 137
Anatomie pathologique, 140. — Etiologie, 141. — Traitement 142
Chap. VII. — **Purpura** 144
Anatomie pathologique, 147. — Etiologie, 148. — Traitement 148
Chap. VIII. — **Lèpre** 150
Etiologie, 150. — Description, 151. — Traitement 152
Chap. IX. — **Goître et Crétinisme** 153
Etiologie, 153. — Formes, 154. — Traitement 155
Chap. X. — **Goître exophthalmique** 155
Formes, 155. — Etiologie, 159. — Traitement 159
Chap. XI. — **Maladie d'Addison** 161
Traitement 163
Chap. XII. — **Pellagre** 163
Formes, 164. — Etiologie, 165. — Traitement 166
Quatrième Classe. — **FIÈVRES** 167
Livre I. **Fièvres éruptives.**
Chap. I. — **Rougeole** 167
Terminaison, 170. — Anatomie pathologique, 171. — Etiologie, 171. — Traitement 172
Chap. II. — **Roséole** 174
Définition, 174. — Division, 175. — Etiologie, 175. — Traitement 175
Chap. III. — **Scarlatine** 175
Définition, 175. — Anatomie pathologique, 182. — Etiologie, 182. — Traitement 182
Chap. IV. — **Variole** 185
Altération du sang, 194. — Etiologie, 194. — Traitement 194
Chap. V. — **Vaccine** 197

CHAP. VI. — **Varicelle** 200
Division, 200. — Traitement 200
CHAP. VII. — **Fièvre ortiée** 201
Définition, 201. — Division, 201. — Etiologie, 202. — 202
Traitement 203
CHAP. VIII. — **Erythème nerveux** 202
Définition, 202. — Traitement 203
LIVRE II. — **Fièvres continues** 204
Définition, 204. — Division 204
CHAP. I. — **Fièvre éphémère** 206
Définition, 206. — Description, 206. — Etiologie, 207.
— Traitement 207
CHAP. II. — **Fièvre synoque** 207
Etiologie, 208. — Traitement 209
CHAP. III. — **Fièvre typhoïde** 206
Etiologie, 225. — Traitement 225
CHAP. IV. — **Typhus à rechute** 234
Anatomie pathologique, 236. — Etiologie, 236. —
Traitement 236
LIVRE III. — **Fièvre intermittente** 237
Type quotidien, type tierce, type quarte, 237. — Type
rémittent, 238. — Forme bénigne ou vernale, 238.
— Forme commune, 240. — Forme cachectique d'em-
blée, 241. — Forme pernicieuse, 242. — Anatomie
pathologique, 246. — Etiologie, 247. — Traitement. 248
CINQUIÈME CLASSE. — **MALADIES PESTILENTIELLES** 256
CHAP. I. — **Choléra** 256
Division, 257. — Anatomie pathologique, 261. — Etio-
logie, — Traitement 262
CHAP. II. — **Peste** 265
Division, 266. — Traitement 267
CHAP. III. — **Typhus Fever** 267
Division, 267. — Anatomie pathologique, 269. —
Etiologie, 269. — Traitement 271
CHAP. IV. — **Suette** 271
Forme commune, 272. — Forme maligne, 273. —
Forme intermittente, 273. — Traitement 274
CHAP. V. — **Fièvre jaune** 275
SIXIÈME CLASSE. — **MALADIES FÉBRILES CONTAGIEUSES
PROPRES A TOUS LES PAYS** 276

CHAP. I. — **Erysipèle** 276
Division, 276. — Etiologie, 280. — Traitement..... 280
CHAP. II. — **Diphthérie**..... 282
Forme commune (période angineuse et période croupale), 282. — Forme bénigne, 284. — Forme putride, 285. — Forme ataxique, 286. — Anatomie pathologique, 288. — Etiologie, 288. — Traitement..... 289
CHAP. III. — **Dysentérie**..... 295
Complications, 297. — Anatomie pathologique, 298. — Etiologie, 298. — Traitement..... 299
CHAP. IV. — **Grippe**..... 301
Etiologie, 304. — Traitement..... 304
CHAP. V. — **Oreillons** 305
Définition, 305. — Etiologie, 306. — Traitement..... 306
CHAP. VI. — **Coqueluche** 306
Etiologie, 309. — Traitement 310
SEPTIÈME CLASSE. — **NÉVROSES**..... 312
Ire SOUS-DIVISION. — **Névroses mentales**..... 316
CHAP. I. — **Hystérie** 316
Etiologie, 338. — Traitement..... 339
CHAP. II. — **Somnambulisme**..... 345
I. Somnambulisme proprement dit, 346. — II. Somnambulisme convulsif, 347. — III. Catalepsie, 348. — IV. Corybantisme ou acrobatisme, 351. — Anatomie pathologique, 351. — Etiologie, 351. — Traitement.. 353
CHAP. III. — **Hypochondrie**..... 356
Division, 356. — Etiologie, 360. — Traitement..... 360
CHAP. IV. — **Folie**..... 362
§ I. Symptôme. Aliénation, 363. — Des phénomènes qui constituent toute aliénation..... 363
I. Hallucination, 363.—II. Impulsion maladive, 364. III. Idée délirante..... 366
Des variétés d'aliénations..... 368
§ II. Folie..... 370
Etiologie, 383. — Traitement..... 385
IIe SOUS-DIVISION. — **Nevroses mentales avec lésions définies et troubles des mouvements** 389
CHAP. I. — **Epilepsie**..... 389
Définition, 389. — Division, 389. — Anatomie pathologique, 395. — Etiologie, 396. — Traitement..... 397

CHAP. II. — **Démence**..... 400
Division, 400. — Anatomie pathologique, 404. — Etiologie, 407. — Traitement..... 407
CHAP. III. — **Paralysie générale essentielle**..... 408
Définition, 409. — Division, 409. — Etiologie, 414. — Anatomie pathologique, 415. — Traitement..... 416

IIIe SOUS-DIVISION. — **Névroses avec troubles des mouvements et de la nutrition ; scléroses du tissu nerveux et en particulier de la moelle épinière** . 418

CHAP. I. — **Ataxie locomotrice**..... 418
Définition, 418. — Anatomie pathologique, 423. — Etiologie, 424. — Traitement..... 424
CHAP. II. — **Sclérose en plaques**..... 425
Anatomie pathologique, 427. — Traitement..... 428
CHAP. III. — **Paraplégies**..... 428
Traitement..... 432
CHAP. IV. — **Paralysie labio-glosso-pharyngienne**..... 435
Définition, 435. — Anatomie pathologique, 436. — Traitement..... 436
CHAP. V. — **Crampe des écrivains**..... 437
CHAP. VI. — **Atrophie musculaire progressive**..... 438
Anatomie pathologique, 439. — Etiologie, 442. — Traitement..... 442
CHAP. VII. — **Sclérodermie**..... 443

IVe SOUS-DIVISION. — **Névroses avec troubles des mouvements sans lésions définies**. 444

CHAP. I. — **Eclampsie**..... 444
Division, 445. — Anatomie pathologique, 448. — Etiologie, 449. — Traitement..... 449
CHAP. II. — **Tétanos**..... 458
Définition, 454. — Division, 454. — Anatomie pathologique, 456. — Etiologie, 456. — Traitement..... 457
CHAP. III. — **Contracture essentielle**..... 458
Définition, 458. — Division, 459. — Etiologie, 460. — Traitement..... 461
CHAP. IV. — **Chorée**..... 461
Division, 462. — Anatomie pathologique, 465. — Etiologie, 465. — Traitement..... 466

Chap. V. — **Tremblement et paralysie agitans** 467
Traitement 468
Chap. VI. — **Crampe** 469
Traitement 469

Huitième Classe. — **MALADIES DES AGES** 470

Chap. I. — **Souffrances et accidents de l'enfance** 470
Traitement 471
Chap. II. — **Accidents de la dentition** 472
Traitement 473
Chap. III. — **Accidents de la menstruation** 473

Neuvième Classe. — **MALADIES COMMUNIQUÉES** 479

Chap. I. — **Rage** 479
Etiologie, 481. — Traitement 481
Chap. II. — **Morve et Farcin** 483
Division, 483. — Traitement 485
Chap. III. — **Pustule maligne** 486
Division, 486. — Traitement 487

Dixième Classe. — **MALADIES PARASITAIRES** 489

Chap. I. — **Parasites animaux** 489
Art. I. — *Vers intestinaux*, 489. — Tænia, 490. — Ascarides lombricoïdes, 492. — Ascarides vermiculaires ou oxyures, 493. — Trichocéphale 493
Art. II. — *Trichine* 494
Art. III. — *Gale* 494
Chap. II. — **Parasites végétaux** 495
Herpès circiné, 496. — Herpès tonsurans, 496. — Mentagre, 496. — Achorion Schœnleinii 496

Onzième Classe. — **EMPOISONNEMENTS** 499

Chap. I. — **Empoisonnements par les animaux** 499
Art. I. — Morsure de vipère 500
Art. II. — Piqûre de guêpe 501
Art. III. — Cantharides 501
Art. IV. — Empoisonnements par les moules, par la chair et par les œufs de certains poissons 501
Chap. II. **Empoisonnements par les végétaux** 502
Art. I. — Empoisonnements par les alcools, 502. — Ivresse, 502. — Alcoolisme 503
Art. II — Empoisonnements par les champignons... 506

Art. III.—Empoisonnements par les solanées vireuses 506
Art. IV.— Empoisonnement par l'opium..... 507
Art. V. — Empoisonnement par les ombellifères..... 508
Art. VI.— Empoisonnement par l'acide cyanhydrique et l'eau de laurier cerise..... 507
Art. VII. — Empoisonnement par le camphre..... 508
Art. VIII. — Empoisonnement par la noix vomique et la strychnine..... 508
Art. IX. — Ergotisme 508
Art. X. — Empoisonnement par le veratrum..... 509
Chap. — **Empoisonnements par les minéraux**..... 510
Art. I. — Empoisonnement par les acides..... 510
Art. II.—Empoisonnement par les alcalis et leurs sels. 510
Art. III.— Empoisonnement par les sels de mercure. 511
Art. IV. — Empoisonnement par l'arsenic 511
Art. V. — Empoisonnement par le cuivre 512
Art. VI. — Empoisonnement par les sels d'or, d'argent, de platine, d'étain, de bismuth..... 512
Art. VII. — Empoisonnement par le plomb, intoxication saturnine..... 513
Division, 513. — Forme aiguë, 513. — Forme commune, 514. — Encéphalopathie saturnine, 514. — Arthralgie saturnine, 515. — Paralysie saturnine, 515. — Traitement..... 516
Art. VIII.— Empoisonnement par le phosphore 516
Art. IX. — Empoisonnement par le chlore .....
Art. X. — Empoisonnement par l'iode..... .....
Art. XI. — Empoisonnement par le gaz hydrogène sulfuré 517
Douzième Classe. **ASPHYXIE** 519
Symptômes communs, 519. — Symptômes propres à la submersion, 519. — Symptômes propres à l'asphyxie par strangulation et par suspension, 520. — Symptômes propres à l'asphyxie par gaz non respirables, 520. — Traitement..... 520

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER.

Paris. — Typ. A. Parent, rue M.-le-Prince, 31.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE